108年度「預防及延緩失能照護計畫」特約單位服務簽到表

受補助特約單位名稱：

服務據點(鄉鎮市/村里)：

照護方案提供單位名稱：

照護方案名稱：

服務時間：【填寫範例如：5/1-8/3每週一9:00-11:00(每週1次)】

服務對象/人數：【填寫範例如：衰弱老人/20位】

(一)師資名冊：(請填列每期方案帶領師資人員姓名，含指導員及協助員)

週次	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
日期	5/1	5/8	5/15	5/22	5/29	6/5	6/12	6/19	6/26	7/3	7/10	7/17
指導員簽名												

協助員簽名												
時間												

(二)個案出席紀錄簽到表：

序號	姓名	出席情形[註3]（1期為12週）												
		週次	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
		日期												
1														
2														
3														
4														
5														
6														

7													
8													
9													
10													
序號	姓名	出席情形[註3]（1期為12週）											
		週次	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
		日期												
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													

18													
19													
20													