

臺北市政府社會局委託辦理  
114 年度老人安養暨長期照顧機構評鑑暨輔導及教育訓練方案

## 實地輔導機構申請表

機構基本資料			
機構名稱			
機構地址			
負責人		機構電話	
聯絡人		聯絡電話	
聯絡人職稱		E-mail	
歷次評鑑等第	1. ____年____等      2. 113年____等		
設立床數 佔床率	總床數：____床，住民數：____位； 佔床率____% (114/1/31 為基準)		
◎機構輔導	<input type="checkbox"/> 同意接受機構輔導 <input type="checkbox"/> 不同意接受機構輔導		
實地輔導類別	<input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 環安		
不方便輔導之時段 (例:114年3月1日下午)			
填表人簽名		填表日期	114年      月      日