

____ 年度 _____ / _____ 輔具暨職務再設計受益人員名冊

(單位名稱/補助案名稱)

年度	計畫編號	單位名稱	單位代碼	計畫名稱	計畫性質	身分證號碼	姓名	類別	等級	出生 年月日	戶籍地址	聯絡電話	現職公司名 稱	現職公司地 址	公司聯絡電 話	工作內容	現任職務起 始日期	通報時間	備註

1.本表請據實填寫。2.請檢附身心障礙手冊正反面影本。

負責人蓋章：

填表人蓋章：

日期： 年 月 日