

職務再設計專案單位接案評估表

專案單位：

接案日期：

申請服務： <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中高齡者及高齡者 <input type="checkbox"/> 單側聽損者 <input type="checkbox"/> 因應貿易自由化就業協助 職務再設計			
申請單位 名稱	(個人申請者免填)		聯絡電話
對象別	<input type="checkbox"/> 身心障礙者(障別等級：) <input type="checkbox"/> 中高齡者 <input type="checkbox"/> 高齡者 <input type="checkbox"/> 原因應貿易自由化產業調整支援方案 指定產業所屬事業單位之勞工 <input type="checkbox"/> 尚未取得身心障礙證明，經醫療院所確 診為失智症者 <input type="checkbox"/> 劣耳聽力閾值在四十分貝以上，且與優 耳聽力閾值相差二十五分貝以上，未取 得身心障礙證明之單側聽損者		個案姓名
訪視日期	訪視人員	個案就業狀況、困難及需求	評估建議、改善方式或試用情形

填表人：_____

專案單位主管簽章：_____

日期：_____