

單側聽損者職務再設計服務試辦計畫專案單位接案評估表

專案單位：

接案日期：

申請資料			
申請單位 名稱		聯絡電話	
對象別	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：_____