

(年度)

**臺 北 市 身 心 障 礙 者 就 業 促 進
服 務 補 助 案 執 行 成 果 報 告**

一、單位名稱：

二、補助案名稱：

三、補助案類型：

四、計畫期程：

五、補助案執行成效：

四-1 計畫摘要：		
四-2 計畫目標達成度檢核	計畫目標	檢核結果
四-3 服務人數	原定服務人數	實際服務人數
四-4	預定專業工作人員人數	實際專業工作人員人數（含流動情形）

四-5	自評指標內容	檢核結果
以自評指標 進行檢核		
四-6 總體執行成 效		

六、建議事項

七、後續計畫

八、其他說明

填表人職稱、簽章：

茲聲明報告書上所填資料及提供之相關附件均屬事實。

※請蓋單位印鑑章及負責人章

填具日期：中華民國 年 月 日

備註：本執行成果報告請以電腦文書方式製作，各項目所留欄位不敷使用時得自行調整書寫，或提供相關附件。除本書面報告外，另可增加如相片、相關紀錄等其他多媒體形式之資料，佐證說明執行成果。