

臺東縣衛生局長期照顧服務稽查工作紀錄表

稽查日期	年	月	日	時	分
機構名稱				身分證 字號	性 別
開業證照 資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	負責人 姓名		電話	
機構地址					
稽查事項處理紀錄	1.				
受檢人具 結	1. 本表查填事項均與事實相符，請本人(號)接受檢查時並無財物短少或其他情事。 2. 上列紀錄事項經受檢人親閱或聽稽查人員說明認為無訛始具結。 <u>受檢人簽章(機構負責人或現場人員):</u>				
附件	<input type="checkbox"/> 稽查紀錄表 <input type="checkbox"/> 其他				

稽查人員簽章：

單位主管簽章：