* **財團法人切膚之愛社會福利慈善事業基金會**

1090508制訂

**失智日間照顧中心暨小規模多機能服務中心參訪申請表**

※請於參訪前至少二週提出申請。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 人 |  | 日期 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 手機 |  | 電話 |  | | | | | |
| 介紹人 |  | 傳真 |  | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位名稱(請填全銜) |  | | | | | 統一編號 | | |  | |
| 帶隊者姓名(職稱) |  | | | | | 帶隊者連絡電話 | | |  | |
| 預計參訪時間 |  | | | | | 參訪人數 | | |  | |
| 團隊成員簡介 | (若不敷填寫，歡迎另行附件) | | | | | | | | | |
| 參訪原因 |  | | | | | | | | | |
| 預計參訪項目 | 勾選 | 參訪方案(詳見參訪辦法) | | | | | | | | |
|  | A方案 | | | | | | | | |
|  | B方案 | | | | | | | | |
|  | C方案 | | | | | | | | |
|  | 其他： | | | | | | | | |
| 當日交通方式 | 請告知您的交通方式，俾利我們提供您相關資訊。 | | | | | | | | | |
|  | | 遊覽車 |  | 小客車 | |  | 其他： | |  |
| 其他需求 |  | | | | | | | | | |
| 是否了解收費標準 | * 是 □否 (詳細收費內容請與參見參訪辦法) | | | | | | | | | |
| 備註 |  | | | | | | | | | |

* **感謝貴單位蒞臨參訪，您的寶貴意見將是日後進步的基礎！**

填妥本表後，請E-mail至392539@cch.org.tw或傳真至04-8538692

連絡窗口：紀巧屏 督導長

聯絡電話：04-8534226

以下表格由切膚之愛基金會工作人員填寫

**參訪交流行程規劃表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序** | **參 訪 地 點** | **時間** | **方案規劃** | **人數** | **金額** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 總計 | | |  | | | |

※以上行程規劃、數量、金額若確認無誤，請申請人於下方簽名欄簽名/蓋章並回傳至04-8538692

※參訪當日以本行程規劃表為主。本會得視狀況保有調整、修改參訪交流行程之權利。

**申請人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**