

苗栗縣身心障礙福利服務機構

年月服務對象異動名冊

單位名稱	住民 姓名	身分證字號	出生 日期	障別 等級	異動日期 (以異動起始日計算)	異動原因								
						入院	離院		死亡	請假		障別 等級 變更	福利 身分別 變更	其他
							返家	轉介其 他單位		返家	住院			
---		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	總計：0 人													

備註：

1. 本表請於每月 5 日前函報。
2. 倘機構同時有住宿式及日間式照顧服務，請於單位名稱說明。

填表人：

審核：

主管：