

接受衛生福利部長照服務發展基金獎助經費

獎助計畫成果報告

受獎助單位				統一編號	
計畫名稱				計畫編號	
計畫執行概況	時間	自 年 月 日	至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 與計畫預定時間相同。 <input type="checkbox"/> 因故更改時間，原因：	
	地點	【服務區域或活動辦理地點】		<input type="checkbox"/> 與計畫預定地點相同。 <input type="checkbox"/> 因故更改地點，原因：	
	【含單位服務時間、活動內容及服務對象，與身心障礙福利相關者，應包含每週服務時數、障別、年齡及障礙程度之分析】				
受益人數/人次	預期辦理 <input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 <input type="checkbox"/> 受益人數/ <input type="checkbox"/> 受益人次		<input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 (A) : <input type="checkbox"/> 人數 (a) : <input type="checkbox"/> 人次 (a) :		
	實際辦理 <input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 <input type="checkbox"/> 受益人數/ <input type="checkbox"/> 受益人次		【本項無則免填】 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 (B) : 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數達成率 (B/A) : %		
			男性 (b) : 人 女性 (c) : 人 人數達成率 (《b+c》/a) : %/人		
效益評估	【依申請補助計畫書所載效益，評估目標達成情形】				
	預期效益				
	實際效益	【實際效益與預期效益有顯著落差者，請敘明原因及改善方式】			
計畫主辦人			機 關 關 防 / 團 體 圖 記		
聯絡電話					
電子信箱					