附件2-6

獎勵私立老人福利機構及補助團體、

財團法人老人福利機構提供多元及充實服務方案

專業人力獎勵清冊

機構名稱：

專業人力職稱：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 獎勵月份 | 姓名(簽章)  /身分證字號 | | 服務時數  /次數 | 受服務人數 | 獎勵金額 | 離職日期 |
| 1 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 2 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 3 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 4 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 5 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 6 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 7 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 8 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 9 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 10 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 11 |  | |  | 男性 人 |  |  |
| 女性 人 |
| 服務  人次  合計 | 男性 | 女性 | | (請填寫每月獎勵金額之合計) | | |

備註：1.每1位專業人力請填寫1張。如於該月份離職，請註明離職日期。

2.姓名欄請專業人力簽名或蓋私章。

3.服務人次合計為受服務人數之加總。