

澎湖縣政府發展遲緩兒童早期療育紀錄單

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月份療育紀錄

兒童姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

治療單位：\_\_\_\_\_ (請醫療院所或機構核章)

| 次數 | 療育日期/時間 | 療育項目及內容 | 專業人員簽章 | 家長簽章 |
|----|---------|---------|--------|------|
| 1  |         |         |        |      |
| 2  |         |         |        |      |
| 3  |         |         |        |      |
| 4  |         |         |        |      |
| 5  |         |         |        |      |
| 6  |         |         |        |      |
| 7  |         |         |        |      |

註：1. 自費療育部份, 請申請人另外檢附繳費收據 (正本)

2. 請療育人員依療育日期確實填寫並簽名

3. 請詳實填寫，未依規定註記則不予補助，若經查證有偽造之情形時，本府將保留一切法律追訴權