

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