

澎湖縣政府老人福利機構輔導查核改善計畫書

查核日期： 年 月 日
改善完成日期： 年 月 日

機構名稱				地 址			
立案日期		立案 床數		履 責 人		電話	
目的事 業主管 機關	應改善事項				改善情形 (文字說明及書面資料或照片佐證)		

負責人或主管人員簽名：

機構印信：