

執行成果摘要

1. 方案編號及名稱：CL-○○-○○○ /
2. 方案來源：_____（請填縣市）
3. 方案研發單位：
4. 聯絡人：
5. 聯繫資訊：

電話：	傳真：
電子郵件：	
地址：	

6. 方案類別：【請勾選至多 4 項(可複選)】

- 認知促進
 肌力強化
 營養管理
 生活功能
 社會參與
 口腔保健
 自主健康管理
 其他

7. 執行成果

項目	計畫辦理說明	執行情形佐證
培訓課程、活動	請敘明各場活動名稱、時間、地點 一、 二、 三、	
場次數	共○場次	
培訓對象與人數	專業師資： 指導員： 協助員：	
宣傳方法		
收費規劃		

8. 重要佐證資料自我檢核表

項目	檢核	若無，請說明原因
師資人才回訓機制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
回訓簡章	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
回訓簽到表	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

目錄

伍、 回訓課程其他佐證	4
-------------------	---

伍、 回訓課程其他佐證

(圖、表、活動或會議之照片、紀錄等相關文件)

一、 人才明細表(須包含回訓日期及退場備註)**注意事項:請勿任意修改表格**

1. 長者健康促進服務方案-師資人才總表(請填報每年合格及退場人數)

	112 年		113 年		114 年		115 年	
	合格人數	退場人數	合格人數	退場人數	合格人數	退場人數	合格人數	退場人數
專業師資								
指導員								
協助員								

2. 方案人才名單

編號	姓名	性別	師資類別 (專業師資/ 指導員/ 協助員)	現職單位	首次培訓日	回訓日期			完成 115 年 指導員線上 增能課程 【是/否】	退場備註及原因
						113 年	114 年	115 年		
例 1	000	女	指導員	00 物理治療所	106.9.1-107.2.1	109.9.1-109.10.1	110.10.1		是	
例 2	000	男	指導員	00 協會	106.11.30	109.11.3	未回訓			退場: 第二次未回訓
例 3	000	男	指導員	00 協會	106.11.30	109.11.3	未回訓		否	退場: 第二次未回訓 及未完成 15 積分課程

注意:

- 另提供 excel 可編輯檔案。
- 回訓日期應確切填寫完整日期，如為每月回訓，則填寫最近一次完成回訓之日期。
- 未回訓師資及達不適任退場師資請備註「退場」及「退場原因」**

二、 圖、表、試卷、活動或會議之照片、紀錄、線上課程截圖等

照片	照片
時間： 地點： 說明：	時間： 地點： 說明：
照片	照片
時間： 地點： 說明：	時間： 地點： 說明：

