



## 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

參、 回訓課程簡章.....	4
----------------	---

參、回訓課程簡章

(包含方案編號、名稱、日期、地點、回訓師資身分、課程內容)