社團法人臺灣職能治療學會

社區職能治療實務人員時數證明表

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人姓名： | 聯絡電話： |
| 身分證字號： | 通訊地址： |
|  | 申請日期： 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序號** | **服務機關** | **服務內容** | **服務期間** | **共計時數** | **服務機關簽章** |
| 1(範例) | 臺北市長期照顧管理中心 | 居家照護 | 106年1月1日至106年11月10日 | 30小時 |  |
| 1 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 2 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 3 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 4 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 5 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 總計 |  |  |  | 共 小時 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序號** | **服務場所** | **服務內容** | **服務期間** | **共計時數** | **自填之佐證資料** |
| 1(範例) | 大安區里民活動中心 | 延緩失能失智方案 | 106年1月1日至106年11月10日 | 30小時 | 證明文件、照片、信函、或其相關資料 (並將佐證資料附於本表之後) |
| 1 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 2 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 3 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 4 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 5 |  |  |  年 月 日至 年 月 日 | 共 小時 |  |
| 總計 |  |  |  | 共 小時 |  |

申請人簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 審查委員簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 完成日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_