

姓 名			
次數 1	次數 2	次數 3	次數 4
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正
治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)
次數 5	次數 6	次數 7	次數 8
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正
治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)
次數 9	次數 10	次數 11	次數 12
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正
治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)
次數 13	次數 14	次數 15	注意事項： 1. 本紀錄單請詳實填寫、勾選並核章，未依規定填寫者不予補助。 2. 經查證有偽造或冒用情形，將依法究辦。 3. 本紀錄單若欄位不足，請自行重複影印使用。
年 月 日	年 月 日	年 月 日	
療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育單位： 療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	
治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	