)			(請於	表格中註明療育日其	月、單位	位、項目及治療人員	核
次數1		次數2		次數3		次數4	
年 月	日	年 月	日	年 月	日	年 月	
育單位(必填):		療育單位(必填):		療育單位(必填):		療育單位(必填):	
育項目(請勾選)		療育項目 (請勾選)	:	療育項目(請勾選)	:	療育項目 (請勾選)) :
物理治療		□物理治療		□物理治療		□物理治療	
職能治療		□職能治療		□職能治療		□職能治療	
語言治療 心理治療		□語言治療 □心理治療		□語言治療 □心理治療		□語言治療	
]心垤冶療]其他	- 1	□○垤冶 <i>燎</i> □其他		□□○垤冶療 □□其他		□心理治療 □其他	
療師職名章:	- 1	治療師職名章:		治療師職名章:		治療師職名章:	
次數 5		次數 6		次數 7		次數 8	
年 月	日	年 月	日	年 月	日	年 月	
育單位(必填):		療育單位(必填):		療育單位(必填):		療育單位(必填):	
育項目(請勾選)	:	療育項目 (請勾選)	:	療育項目 (請勾選)	:	療育項目 (請勾選)) :
]物理治療		□物理治療		□物理治療		□物理治療	
]職能治療		□職能治療		□職能治療		□職能治療	
]語言治療		□語言治療		□語言治療		□語言治療	

□其他

H

治療師職名章:

年

□物理治療

□職能治療

□語言治療

□心理治療

治療師職名章:

□其他

療育單位(必填):

療育項目(請勾選):

次數 11

□其他

治療師職名章:

年

□物理治療

□職能治療

□語言治療

□心理治療

治療師職名章:

□其他

療育單位(必填):

療育項目 (請勾選):

次數 12

日

註:1 挂钱實值官, 去依相定	註記則不予補助, 艾颂杰終右偽	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	土律泊託權。

- 2. 表格內容若有塗改,應於塗改處加蓋治療師之職章或醫院之門診章,若未核章則視為無效次數,不予補助。
- 3.交通費以治療日期核算補助次數,每日以一趟為限

□其他

治療師職名章:

年

一物理治療

□職能治療

□語言治療

□心理治療

治療師職名章:

□其他

療育單位(必填):

療育項目(請勾選):

次數 10

□其他

治療師職名章:

療育單位(必填):

□物理治療

□職能治療

□語言治療

□心理治療

治療師職名章:

□其他

次數9

療育項目(請勾選):

4. 自費課程請將療育紀錄表浮貼於此頁面上。本表如不敷使用,請自行影印。