

澎湖縣政府發展遲緩兒童早期療育紀錄單

___年___月份療育紀錄

兒童姓名：_____

出生日期：_____

治療單位：_____ (請醫療院所或機構核章)

次數	療育日期 / 時間	療育項目及內容	專業人員簽章	家長簽章
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

- 註：
1. 自費療育部份，請申請人另外檢附繳費收據（正本）
 2. 請療育人員依療育日期確實填寫並簽名
 3. 請詳實填寫，未依規定註記則不予補助，若經查證有偽造之情形時，本府將保留一切法律追訴權