**南投縣113年失智照護服務計畫**

附件2講師領據

**「講師/專家學者」 月份收據**

**機關單位名稱： 現職：**

**姓名： 身分證字號：**

**戶籍地址： 聯絡電話：**

**類別：□講師費(○內聘 ○外聘) □延緩指導員 □協助員**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 時間 | 時數(小時) | 課程內容 | 講師簽到 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

**\*\*如表格不敷使用，請自行增列\*\***

 **茲收到 計新臺幣** **元整**

 **簽名或蓋章(私章)**