

附件5

基隆市身心障礙者個案轉介回覆單

轉介單號：

轉介日期： 年 月 日

| | | | | | |
|----------------------------|---|-----------|--|------------|----------|
| 個案姓名 | | 受轉介 單位 | | 轉介接 案日期 | 年 月 日 |
| 轉 介 處 遇 摘 要 | <div><input type="checkbox"/> 已接案：</div> <div>處遇計畫：</div> <div><input type="checkbox"/> 不受案：</div> <div>原因：</div> <div><input type="checkbox"/> 再轉案：</div> <div>轉介單位：</div> | | | | |
| 備 註 | | | | | |
| 接案者 | | 單位主管 | | 日期 | 年 月 日 |