附件2-2

**臺中市政府衛生局114年社區整體照顧服務體系計畫C據點長照站**

**月活動課程表**

**單位名稱:**

**計畫編號:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 時間 | 時數  (小時) | 活動名稱 | 活動內容  (請重點摘要) | 講師/助教姓名 | 內∕外聘 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

備註：

1. **請於每月20日前，以電子郵件繳交次月活動課程表予本局分區承辦人員備查。如臨時異動課程內容、時間及講師，得以電話或其他方式先行報備，並最遲於活動課程前一日，以電子郵件另補課程表向本局報備**。
2. 辦理課程之課程內容及師資應多元化，欄位不足請自行新增。