臺中市政府衛生局114年社區整體照顧服務體系計畫A單位(和平區)

附件6-2

個案管理人員名冊

機構全銜: (機構代碼: ) 填表日期：〇年〇月〇日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職稱 | 姓名 | 出生年月日 | 身分證字號 | 長照認證  號碼 | A單位機構登錄狀態 | 聘任  情形 | 職務內容 | 到職年月日（離職年月日） | 月薪  （補助Ｏ元/自籌Ｏ元） | 投保  級距 | 備註 |
|  |  | 〇年〇月〇日 |  | 臺中市長照計字第〇號 | 󠇁是  󠇁否 | 󠇁專職  󠇁兼職 |  | 〇年〇月〇日（〇年〇月〇日） |  |  |  |
|  |  | 〇年〇月〇日 |  | 臺中市長照計字第〇號 | 󠇁是  󠇁否 | 󠇁專職  󠇁兼職 |  | 〇年〇月〇日（〇年〇月〇日） |  |  |  |
|  |  | 〇年〇月〇日 |  | 臺中市長照計字第〇號 | 󠇁是  󠇁否 | 󠇁專職  󠇁兼職 |  | 〇年〇月〇日（〇年〇月〇日） |  |  |  |

製表人： 業務主管： 單位負責人：

**單 位 圖 記**

備註：請檢附個案管理人員長照人員證明、登錄系統畫面及在職證明，須蓋「與正本相符」及單位大印。