|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **臺中市政府衛生局社區整體照顧服務體系計畫C據點長照站** (單位名稱)志工簽到表 |  |
| **志工編號：** |  |  | **志工姓名：** |  |  |
| 序次 | 服務日期(年/月/日) | 簽 到 | 開始時間 | 結束時間 | 統計時數(H) | 供餐 | 備註 |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無 | 【不敷使用，請自行影印】 |