

臺中市政府衛生局長期照顧服務異常事件通報單

111.03.15 修

反映日期：○年○月○日

行政區(服務單位)：

個案名稱：○○○(身分證字號 A000000000)

服務單位：○○○○○長照機構

流程	說明	核章
反映內容	一、事件種類： 二、事件發生時間及地點： 三、事件敘述：	反映人： (含單位名稱、人員姓名及職稱)
單位回應	一、處理過程： 二、檢討說明： (相關單位有二個單位，請自行增加欄位)	單位： (含承辦人簽章、機構簽章、負責人簽章及回應日期)
處理結果		承辦人： 姓名

- 1.由反映人填寫反映內容，填妥後洽本局照管中心或各行政區特約核銷行政人員辦理。
- 2.依異常情形，分由各相關服務單位填寫單位回應，涉有缺失單位請提出檢討說明及改善情形。
- 3.承辦人填寫處理結果，並應敘明後續處理情形及記點相關事宜，進行陳核。

承辦人員

會辦

股長

技正

單位主管