第一版 107.05.07

附件三

嘉義縣輔具資源中心

機關團體輔具媒合單

編號：

申請日期：　　媒合地點□中心 □定點 □到宅

申請單位		聯絡信箱	
承辦人員		聯絡電話	(1) (2)
聯絡地址			
需求輔具		需求數量	
輔具用途			
審核	□不符合媒合之規定，說明： □符合媒合之規定，說明： 媒合輔具/編號：　　媒合日期：		
承辦人員		單位主管	