**附件1** 填表日期：中華民國　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **109年度金門縣嚴重特殊傳染性肺炎住宿型機構 短期支援專暨照顧人員補助計畫申請表** | | | | | | | | | | | | | |
| 申請單位 | | |  | | | | | | 核准機關  日期文號 |  | | | |
| 單位地址 | | | （詳列鄉鎮市區村里鄰） | | | | | | 統一編號 |  | | | |
| 負責人 | | 職稱 |  | | 姓名 |  | 承辦人 | |  | 電話 | |  | |
| （申請單位用印、負責人簽章） | | | | | | | | | | | | | |
| 計  畫  內  容  概  要 |  | | | | | | | | | | | | |
| 預  期  效  益 | （請填寫具體數據） | | | | | | | | | | | | |
| 計畫總經費 | | | |  | 申請本府補助 | | |  | | | 自籌經費 | | （單位：新臺幣元） |
| 附件 | | | | □申請計畫書(內容包含如下)：  (1)□機構防疫計畫  (2)□增聘人力規畫(含招募方式、人力配置與資格、排班規畫、組織結構圖等)  (3)□經費概算：招募人力薪資、自籌款經費來源等  (4)□法人登記證明  (5)□現有工作人員名冊  (6)□執行期程與預期效益  （申請時請再次檢視計畫內容，已確認者請打勾） | | | | | | | | | |

**109年度金門縣嚴重特殊傳染性肺炎住宿型機構 短期支援專暨照顧人員補助計畫成果報告**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受補助單位 |  | | | | | | | | 統一編號 |  |
| 計畫執行概況 | 執行 期程 | 自  至 | 年  年 | 月  月 | 日  日 | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 效益評估 | 【依申請補助計畫書所載效益，評估目標達成情形】 | | | | | | | | | |
| 預期效益 |  | | | | | | | | |
| 實際效益 | 【實際效益與預期效益有顯著落差者，請敘明原因及改善方式】 | | | | | | | | |
|  |  | | | | | 機關關防  / 團體圖記 | |  | | |
| 計畫主辦人 |
|  |
|  |
|  |  | | | | |
| 聯絡電話 |
|  |
| 電子信箱 |  | | | | |

**附件2**

**109年度金門縣嚴重特殊傳染性肺炎住宿型機構 短期支援專暨照顧人員補助計畫成果報告**

1. **前言**
2. **計畫摘要**
   1. 計畫目標：
   2. 執行期間：\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日。
   3. 執行概況：
   4. 目標達成情形暨效益分析：

(圖表、分析文字)

* 1. 經費執行分析：

(圖表、分析文字)

1. **工作人力分析：**
   1. 工作人力配置：
   2. 工作人員簡歷：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 服務單位 | 姓名 | 職稱 | 性別 | 年齡 | 學歷（學校名稱及科系） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |