臺北市 104 年度老人安養暨長期照顧機構評鑑申覆表

申覆類別	☐ 評鑑結果申覆 ☐ 評鑑過程申覆			
機構名稱				
地 址	☐ ☐ ☐	縣(市)	鄉鎮區(市)	村(里)
		路(街)	段	巷 弄 號 樓
聯絡電話	日：()	夜：()	行動電話：	
申覆理由：				
負 責 人 簽 名	104 年 月 日			

【注意事項】

1. 申覆時間：自評鑑結果通知送達之次日起 14 日內，以郵戳為憑，逾期不予受理。
2. 申覆理由：請務必詳細填寫申覆理由，述明內容應具體完整，申覆以一次為限。
3. 親自簽名：申覆機構負責人務必親自填寫本表格並簽名。