臺中市政府社會局老人福利機構輔導查核改善計畫書 查核日期：　　年　　月　　日

改善完成日期：　　年　　月　　日

機構名稱				地　址			
立案日期		立案 床數		負責人		電話	

目的事業主管機關	應改善事項	改善情形 (文字說明及書面資料或照片佐證)

負責人或主管人員簽名：

機構印信：