

衛生福利部中央健康保險署特約醫事服務機構

專任復健物理/職能/語言治療人員實際執行物理/職能/語言治療日數明細

院所代號：

院所名稱：

費用年月：

年

日

若該日有執行復健、物理/職能、語言治療請在空格以V表示

姓名 \ 日期	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
物理治療																																
職能治療																																
語言治療																																

請加蓋貴院所印信及負責人私章：

復健治療總坪數：