

中華民國智障者家長總會專業服務邀約單

113/9/16 修訂

辦理形式	☐ 演講 ☐ 座談 ☐ 個案研討 ☐ 會議 ☐ 審查 ☐ 評鑑 ☐ 督導 ☐ 工作坊 ☐ 其他（請註明）：		
主題			
內容摘要	（50 字，條列摘要）		
日期	年 月 日（星期 ） 時 分至 月 日（星期 ） 時 分（共 小時）		
地點	（請詳述地址）		
活動對象	☐ 社工 ☐ 家屬 ☐ 專業人員（請註明）： ☐ 其他（請註明）：	參與人數	
邀請對象	☐ 無特定，由智障者家長總會指派 ☐ 指定邀請對象，_____（姓名、職稱）		
費用支給	☐ 講師費／鐘點費：每小時_____元（每小時 2,000 元起），計_____小時 ☐ 出席費：每次_____元（每次 2,500 元起，以 3 小時計，逾時另計），計_____次 （重要：請勿逕行列為捐款）		
交通方式	<u>交通費用</u> ：除台北市外，均須提供交通費。 可報銷種類： ☐ 台鐵 ☐ 高鐵 ☐ 飛機 ☐ 固定交通費，免單據報銷_____元 <u>當地車站／機場接送</u> ： ☐ 活動地點鄰近車站／機場不需接送 ☐ 可派車接送 ☐ 自行坐車前往（ ☐ 憑計程車單據報銷 ☐ 固定接駁交通費_____元）		
邀約單位	單位：_____ 聯絡人：_____（姓名、職稱） 電話：（ ）_____ 傳真：_____ E-mail：_____ 填寫日期：_____		
以下由智障者家長總會填寫回覆			
回覆意願	☐ 可派員：姓名：_____ 職稱：_____ （器材使用需求： ☐ 電腦 ☐ 投影機 ☐ 雷射光筆 ☐ 其他_____） 同仁回覆進度：_____ ☐ 不克派員		

上述表格填妥後，請傳真 02-27547250 或 email 至 papmh@papmh.org.tw

本會將於 10 個工作天內回覆。本會聯絡電話：02-27017271