

## 單側聽損者職務再設計服務試辦計畫訪視評估與建議表

案件編號：

訪視日期：

申請單位		個案姓名	
工作所遇問題 與分析	(如案主特性、工作內容、工作流程問題、其他...等)		
輔導策略及 建議改善方案	<p>(一) 建議改善方式及補助項目</p> <p><input type="checkbox"/>改善工作設備或機具    <input type="checkbox"/>提供就業輔具    <input type="checkbox"/>改善工作條件</p> <p><input type="checkbox"/>調整工作方法及流程    <input type="checkbox"/>改善職場工作環境</p> <p><input type="checkbox"/>其他建議 _____</p> <p><input type="checkbox"/>建議轉介職務再設計專案單位進行改善，原因：</p> <hr/> <p>(二) 建議改善內容</p>		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 其他 _____		
輔導委員簽章			