

## 單側聽損者職務再設計服務試辦計畫成果報告

案件編號：

補助年度：

受補助單位(全名)		核定日期	年 月 日
個案姓名		執行期間	
核定補助項目成果說明			
分類	補助內容說明		
<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			
<input type="checkbox"/> 調整工作方法及流程			
<input type="checkbox"/> 改善職場工作環境			
<input type="checkbox"/> 其他：			
方案效益評估（請具體敘明呈現改善後問題項目解決程度描述及工作效能提升之效果）			
檢討與建議（含是否達預期目標、在職勞工反映、回饋等）			
受補助單位簽章：			

備註：所補助單位之機具、設備、器材屬於資本門者，需標示該年度適用對象職務再設計服務補助之字樣或標籤。

# 單側聽損者職務再設計服務試辦計畫報告之照片證明

問題改善前照片（請註明日期及問題項目）



改善前

問題改善後照片（請註明日期及改善項目）



改善後

備註：請依案例提供 2-4 張可彰顯職務再設計設計前後之照片，另照片應清晰呈現個案改善前後情形，本表不敷使用請自行影印。