**花蓮縣身心障礙者生活重建服務 申訴紀錄單**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日期 | 年 月 日(星期 )， 時 分 | | | |
| 申訴方式 | □親自 □電話 □信箱 □傳真 □其他: | | | |
| 申訴人  基本資料 | 姓名 |  | 聯絡電話 |  |
| 電子信箱 |  | | |
| 地址 |  | | |
| 申訴內容 |  | | | |
| 處理方式 |  | | | |

社工員： 單位主管：