**「居家失能個案家庭醫師照護方案」之建議調查表**

**填表單位：**

| **問題** | **說明** | **建議** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**相關教育培訓課程資訊**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **課程辦理單位** | **課程時間、地點** | **課程網路報名連結** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

備註：請於109年9月10日前免備文以電子郵件回傳至k86464087@tma.tw