**花蓮縣長照人員認證證明更新登記切結書(機構)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(長照機構名稱)所屬長照人員\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(姓名)，共\_\_\_\_\_\_\_\_\_人如名冊，已完成繼續教育課程積分合計達120點以上，惟因繼續教育系統積分尚未完成登錄，爰提供證明更新相關資料及完訓證書，申請更新長照服務人員證明，原長照服務人員證明作廢，本機構同意於30日內提供所屬長照人員完整繼續教育積分證明文件，如因天災、事態或其他不可抗力或不可歸責於本機構之事由，致未依限繳交且該員有提供長照服務情事，恐違反長照服務法、長期照顧特約管理辦法等相關法規並溢領該員長照服務費用，本機構願負一切法律責任，並拋棄任何抗辯權利。以上所言屬實，特此切結，以茲證明。

蓋機構大小章

此致 花蓮縣衛生局

立切結書

機構全銜：

機構地址：

機構負責人： （簽名或蓋章）

業務負責人： （簽名或蓋章）

電話：

中華民國 年 月 日

花蓮縣○○○○○○○機構長照人員認證證明更新登記名冊

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 長照人員類別 | 姓名 | 證明字號 | 長照人員證明有效期限 | 是否登錄機構 |
| 照顧服務人員 | ○○○ | 00縣長照服字第0000000000\_00號 | 113/07/15 | 是 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(3人以上(含)附名冊)