**社會工作局 主辦**

**「獨居長者連網支援計劃」**

**服務使用者收取禮物簽收表**

**(必須由服務使用者本人於家訪當日簽名或打手指模確認)**

機構名稱: 　日期：　　　　年　　　月

上月剩餘之禮物數量（如適用）： 份，上月剩餘之禮物是否已於本月送出? 是／否

本月剩餘之禮物數量（如適用）： 份　　原因：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序號** | **服務使用者姓名****(機構填寫)** | **禮物名稱****(機構填寫)** | **數量** | **簽收日期****(機構填寫)** | **由服務使用者****簽名/打手指模** | **備註** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

機構負責人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 機構印鑑：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期: 　 年　　　月　　　日