

附件一

社團法人新竹市智障福利協進會

權益意見反應單

編號（由工作人員填寫）：

反應日期： 年 月 日

反應人姓名		身份證字號	
與權益人關係		權益人姓名	
聯絡地址		聯絡電話	
事件發生日期		事件相關人員 姓名/職稱	
反應內容			
反應人簽章		受理人	
附件	相關佐證資料		