

編號：

宜蘭縣政府勞工處 109 年度

「視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助計畫」-視障按摩院所申請表

按摩院所名稱		設立日期		年 月 日		
營業地址						
聯絡電話			行動電話			
申請人姓名 (負責人)		身分證 字號		出生 年月日	年 月 日	
戶籍地址						
事業合夥人		姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	
場所 型態		<input type="checkbox"/> 單純店面 <input type="checkbox"/> 合併住家	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 承租，租金_____ (月)		坪數	
營業項目 及收費		<input type="checkbox"/> 全身按摩_____元_____分鐘 <input type="checkbox"/> 半身按摩_____元_____分鐘 <input type="checkbox"/> 腳底按摩_____元_____分鐘 <input type="checkbox"/> 其他_____, _____元_____分鐘			按摩師 人數	全職 _____ 人 兼職 _____ 人
設施設備		<input type="checkbox"/> 按摩室____間, <input type="checkbox"/> 半身按摩椅_張, <input type="checkbox"/> 按摩床____組, <input type="checkbox"/> 腳底按摩椅_組, <input type="checkbox"/> 其他設備: _____			按摩師 薪資/抽 成方式	
營業時間		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 整天_____		行政 人員	_____人, 薪資: _____ (月) 工作內容:	
曾申請之 補助或貸款		申請時間	來源		金額	

**宜蘭縣政府勞工處 109 年度
「視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助計畫」-視障按摩院所申請表**

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 申請人身分證正反面影本 | <input type="checkbox"/> 補助申請切結書 |
| <input type="checkbox"/> 申請人按摩技術士證正反面影本 | <input type="checkbox"/> 個人資料使用同意書 |
| <input type="checkbox"/> 聘僱按摩師名冊（無者免附） | <input type="checkbox"/> 設施設備補助明細表 |

申請人簽章：

申請日期：

年 月 日