**衛生福利部**

附件7非消耗品清冊

**非消耗品清冊**

計畫名稱：辦理113失智照護服務計畫

受補捐助單位名稱（全銜）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
受補捐助據點名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填單日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **購買日期** | **非消耗性物品名稱** | **規格** | **單價** | **數量** | **總價** | **存置地點** | **使用****年限** | **保管人** | **保管人****簽章** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**說明：**

1. **以上各項非消耗性物品單價均需在2,000元以上，未達1萬元，且使用年限未及2年。**
2. **接受補助之設備項目均需黏貼財產標籤，並註明「衛生福利部補（捐）助購置」。**
3. **本表不敷使用請自行跨頁繼續使用。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **經辦單位** | **驗收或證明** | **出納人員** | **會計人員** | **機關長官** |
|  |  |  |  |  |