附件4

丹东市残疾儿童康复救助定点服务机构训练记录单

（ 年 月）

儿童姓名： 性别： 出生日期： 残联

机构名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日期及训练时间 | 训练内容 | 家长签字 | 教师或治疗师签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

治疗师签字：

备注：此表不做统一要求