附件6 编号：

西湖区家庭养老照护床位改造验收表

验收时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人姓名 |  | | 性 别 |  | |
| 身份证号码 |  | | 联系方式 |  | |
| 家庭地址 |  | | | | |
| 开工日期 |  | 竣工日期 |  | | |
| 施工现场  负责人 |  | 联系电话 |  | | |
| 适老化改造内容 |  | | | | |
| 信息化建设内容 |  | | | | |
| 服 务 内 容 |  | | | | |
| 调整改造内容 | 项目 | | 原 因 | | 签 字 |
|  | | * 施工人员建议 * 家属要求 | |  |
| 家庭代表  验收意见 | * 满意 基本满意 不满意 | | 签 名 | |  |
| 验收意见 | 签 名（盖章）： 年 月 日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |