



Bilaga 7

FRÅNVAROLISTA MÅNAD

OMRÅDE _____

PERSONNUMMER	NAMN	MALL (IRF)* TIM/V	INSATSER TIM/V	FRÅNVARODATUM	ORSAK/ANLEDNING T EX SJUKHUS, UTSIKT AVSAGT SIG	AVDRAG/ICKE AVDRAG (AVG. HANDL)

ENHETSCHEF _____ Telnr: _____
hörsel, minne, tal/språk

* Mall (IRF) timmar/vecka efter avdrag för mat, larm, oro, syn,