



收件日期: \_\_\_\_\_

會員編號: LKDSC/ \_\_\_\_\_

東華三院復康服務部  
樂群地區支援中心

近

照

會員申請表

(由申請人/家屬/轉介者填寫)

甲部--個人資料:

姓名(中文): \_\_\_\_\_ (英文): \_\_\_\_\_ 性別\* 男/女

出生日期: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 出生地點: \_\_\_\_\_ 來港年份: \_\_\_\_\_

\* 身份證/豁免證明書號碼: \_\_\_\_\_ 婚姻狀況: \* 未婚 / 已婚 / 離婚 / 鰥寡

弱能程況:  智障 \* 輕 / 中 / 嚴重 / 極度嚴重  自閉症  學習遲緩  肢體傷殘 \* 輔助工具/輪椅/臥床

聽障  視障  其他(請註) \_\_\_\_\_ 進行評估日期: \_\_\_\_\_ 評估機構: \_\_\_\_\_

住址: (中文) \_\_\_\_\_

(英文) \_\_\_\_\_

聯絡電話: (住宅) \_\_\_\_\_ (手提) \_\_\_\_\_

傳真號碼: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

緊急聯絡人姓名: (中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_ 與申請人關係: \_\_\_\_\_

緊急聯絡人電話: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

轉介者姓名(如適用): \_\_\_\_\_ 機構: \_\_\_\_\_ 聯絡電話: \_\_\_\_\_

乙部--服務資料:

現正接受的服務:  特殊學校  日間展能中心  技能訓練中心  綜合職業復康服務  住宿服務  沒有任何服務  
 其他 \_\_\_\_\_

擬申請本中心之服務: (可  多於一項)

1. 家居訓練  2. 家居看顧  3. 職業治療  4. 物理治療  5. 臨床心理服務  6. 轉介服務  7. 社交康樂  8. 短暫住宿

本人\*同意 / 不同意 中心運用本人的照片作服務推廣用途。

本人\*同意 / 不同意 貴機構聯絡本人/緊急聯絡人/轉介者查詢本人個人資料。

本人\*申請 / 續會 為東華三院樂群地區支援中心會員, 現隨會員登記表附上年費(<請勿郵寄現金>, 支票抬頭為「東華三院」或「Tung Wah Group of Hospitals」, 請郵寄或交往香港仔惠福道四號東華三院賽馬會復康中心 D 座 302 室)

申請人簽署: \_\_\_\_\_ 或 家屬簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

\* 請刪去不適用

請  適用之項目

本欄由中心填寫

已填妥有關資料  已繳交會費\$ \_\_\_\_\_ 現金/支票(支票號碼 \_\_\_\_\_) 職員 \_\_\_\_\_

收據編號: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

正式收錄成為樂群地區支援中心之\*樂趣 / 樂聚 / 樂智會員

\* 接獲申請之會員會於一個月內收到會員証。