**社團法人台灣泡泡龍病友協會**

**2014澳門活力之旅活動(預估表)**

**報名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病友姓名** | | |  | | | **性別** | | | | □男 □女 | | | **是否領有**  **身障手冊** | | □是**（請檢附影本）**  □否 | | | |
| **身分證字號** | | |  | | | **出生**  **年月日** | | | | 年 月 日 | | | | | **食 膳** | | □一般  □素 | |
| **通訊地址** | | | 郵遞區號□□□ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **聯絡電話** | | | 日： 夜： 行動電話(必填)： | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail： | | | | | | | | | | | | | | | |
| **緊急聯絡人**  **(非同行者)** | | |  | | 關係 | | | |  | | | 聯絡  電話 | | 1.  2. | | | | |
| **陪同家屬資料(供投保使用)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 關係 | 姓名 | | 出生年月日 | | | 身分證字號 | | | | 電話 / 手機 | | | | | 食 膳 | | 收費 |
| 1 |  |  | |  | | |  | | | |  | | | | | □一般  □素 | |  |
| 2 |  |  | |  | | |  | | | |  | | | | | □一般  □素 | | **本欄限工作人員填寫** |
| 3 |  |  | |  | | |  | | | |  | | | | | □一般  □素 | |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | |  |
| **如因疾病因素，需乘坐輪椅及飲食方面特殊安排，請註明：(供工作人員參考)**  一、行動輔具：□需要普輪，自備＿＿＿台 □不需要普輪 □其他：＿＿＿＿＿  二、時間初步預定會在12/16~20(應該不會這麼多天)，想參加者請先回報人數統計。  三、因為是出國，須辦理護照及兵役問題，作業必須提前準備。  四、每戶須繳交保證金3000元，成形後退還。護照費用自行負擔。  五、病友+陪伴一名旅費全免，若是手冊重度以上者得再加一名志工，幫忙喘息服務。旅費得以免費。  **備註:為方便購買車票，門票，領有身障手冊之病友，請於報名時檢附影本，以利統計人數。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **備註：為方便購買車票、門票，領有身障手冊之病友，請於報名時檢附影本，以利統計人數，謝謝。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **身障手冊影本（正面）** | | | | | | | | **身障手冊影本（背面）** | | | | | | | | | | |

**1、報名方式：**(1)郵寄報名：請寄到22062新北市板橋區國慶路182巷12號8樓之1 台灣泡泡龍病友協會 收

(2)E-mail報名：taiwaneb2009@gmail.com，請附加報名表詳填資料。

**2、截止日期：102年11月1日(日)**止，若因故無法參加者，請於***11月15日(五)***前來電告知。

**3、**若有任何問題，請來電**（02）29539694。0934367479 理事長 鄭色孟**