

113 年愛盲南區新竹煙波視障生親子遊報名表

視障生姓名		性別		出生日期		
身分證字號		障礙類別/等級		<input type="checkbox"/> 視障(併_____) <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
視力狀況	1. 左眼： <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 低視能 說明：_____					
	2. 右眼： <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 低視能 說明：_____					
就讀學校/年級						
如何得知本次活動資訊	<input type="checkbox"/> 本會官網 <input type="checkbox"/> 本會 LINE@好友 <input type="checkbox"/> 本會臉書粉專 <input type="checkbox"/> 親友告知 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
通訊地址						
連絡電話	聯絡人：_____ 室內：_____ 手機：_____					
緊急連絡人 (勿填同行家屬)	1. 姓名：_____ 電話：_____ 關係：_____					
	2. 姓名：_____ 電話：_____ 關係：_____					
餐飲	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 注意事項：_____					
健康及服藥狀況	<input type="checkbox"/> 健康良好無特殊用藥情況 <input type="checkbox"/> 有特殊疾病，請說明： 疾病名稱_____					
	藥物名稱及服藥情形_____					
同行家屬(直系家屬優先：父母、兄弟姊妹、祖父母)						
	姓名	性別	身分證字號	出生日期	關係	餐飲
1						<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
2						<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
3						<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
★備註事項：(如有特殊注意事項，請詳述於下方空白處，如暈車、用餐注意事項等)						
活動聯絡人：莊宜婷、朱婉婷 洽詢電話：07-3229320*17、18 傳真電話：07-3229350 聯絡地址：80757 高雄市三民區博愛一路 366 號 9 樓						