

基督教家庭服务中心
欣悦坊 - 地区支持中心(观塘东)

服务登记表

(传真: 2304 4029)

或填妥表格寄回: 九龙观塘福塘道 4 号
启能综合康复服务大楼 8 楼

由职员填写:

已交费

未交费

DSC/_____

转介者姓名: _____ 转介单位: 自行申请/_____
申请日期: _____ 联络电话: _____

本人欲申请以下服务:

- 社交康乐活动 班组训练服务
 个别训练服务 职业治疗 物理治疗
 中心托管服务(使用时段: _____)
 托护服务(使用内容及时段: _____)
 临床心理服务 日间护理服务
 其他: _____

申请人姓名: _____
出生日期: _____
性别: _____
监护人姓名(如适用): _____
地址: _____
联络电话: _____(住宅)_____ (手提)

残疾类别: 智障 肢体伤残 视障 听障
 精神病 其他: _____

如未能实时提供服务, 本人*同意 / 不同意将申请人资料授权 贵中心作
服务转介之用。

(*请删去不适合者)

申请人 / 监护人签署: _____ 日期: _____

注: 以上数据只会作为中心服务上的使用, 所有数据绝对保密,
不会外泄。如欲更改个人资料, 必须通知本中心负责社工办理。