

基督教家庭服務中心
欣悅坊 - 地區支援中心(觀塘東)

服務登記表

(傳真：2304 4029)

或填妥表格寄回：九龍觀塘福塘道 4 號
啟能綜合康復大樓 8 樓

由職員填寫：

已交費

未交費

DSC/_____

轉介者姓名：_____ 轉介單位：__自行申請/_____
申請日期：_____ 聯絡電話：_____

本人欲申請以下服務：

- 社交康樂活動 班組訓練服務
 個別訓練服務 職業治療 物理治療
 中心托管服務(使用時段：_____)
 托護服務(使用內容及時段：_____)
 臨床心理服務 日間護理服務
 其他：_____

申請人姓名：_____

出生日期：_____

性別：_____

監護人姓名(如適用)：_____

地址：_____

聯絡電話：_____ (住宅) _____ (手提)

殘疾類別： 智障 肢體傷殘 視障 聽障
 精神病 其他：_____

如未能即時提供服務，本人*同意/不同意將申請人資料授權 貴中心作
服務轉介之用。

(*請刪去不適合者)

申請人/監護人簽署：_____ 日期：_____

註：以上資料只會作為中心服務上的使用，所有資料絕對保密，
不會外洩。如欲更改個人資料，必須通知本中心負責社工辦理。