

「智選家居照護策劃服務」登記表

請於下列適當方格內加上「✓」號

自行登記

機構轉介

轉介機構名稱: \_\_\_\_\_

填表人姓名: \_\_\_\_\_

聯絡電話: \_\_\_\_\_

**使用者資料**

姓名: \_\_\_\_\_ (先生/女士)

年齡: \_\_\_\_\_

住宅電話: \_\_\_\_\_ 手提電話: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

所需服務: \_\_\_\_\_

(如適用) \_\_\_\_\_

**聯絡人資料(如適用)**

聯絡人姓名: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_

聯絡電話: \_\_\_\_\_

使用者或家屬(姓名: \_\_\_\_\_, 關係: \_\_\_\_\_)簽署: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

備註:

1. 以上資料只作提供智選家居照護策劃服務之用
2. 請將填妥之表格**傳真至 2304 5193**或郵寄至本會