

Jockey Club CADENZA Hub

賽馬會流金匯

流金匯會員 / 服務申請表

第一部份

姓名：_____ (中文) _____ (英文) 年齡 / 性別：_____

出生日期：_____年_____月_____日 身份證明文件號碼：_____ (_____)

電話：_____ (日) _____ (夜)

中文通訊地址：_____ 香港 / 九龍 / 新界

本人同意透過以下途徑接收流金匯最新資訊: (可選多於一項)

電郵(電郵地址：_____) 郵寄 手機短訊 電話

每月收入： ≤10,000 >10,000-20,000 >20,000-30,000 >30,000-40,000

>40,000-50,000 >50,000 或以上 沒有收入

第二部份

從何處得知本中心服務： (1) 宣傳單張 (2) 醫院 / 醫生 (3) 社福機構 (4) 網頁

(5) 其他(請註明:_____)

第三部份

選擇服務,請在空格內加「✓」

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日間護理中心服務 | <input type="checkbox"/> 認知評估 | <input type="checkbox"/> 物理治療 | <input type="checkbox"/> 體重管理 |
| <input type="checkbox"/> 健康策劃師(請到第四部份) | <input type="checkbox"/> 中醫 | <input type="checkbox"/> 視力檢查 | <input type="checkbox"/> 班組 / 課程 |
| <input type="checkbox"/> 持續社區復康計劃 | <input type="checkbox"/> 足部治療 | | |

第四部份

參加「健康策劃師」計劃的原因? (最多可選二項)

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 疾病管理 | <input type="checkbox"/> 改善體形及體重 | <input type="checkbox"/> 營養飲食管理 |
| <input type="checkbox"/> 痛症管理 | <input type="checkbox"/> 強健體魄 | <input type="checkbox"/> 運動管理 |
| <input type="checkbox"/> 提昇自信心 / 溝通技巧 | <input type="checkbox"/> 處理人際關係 | <input type="checkbox"/> 改善記憶力問題 |
| <input type="checkbox"/> 其它(請註明:_____) | | |

申請人簽署：_____ 日期：_____

以上資料只作提供服務之用，有關資料絕對保密！

〈辦事處專用〉

款項：_____ *現金 / *支票編號：_____ 銀行：_____

收據編號：_____ 負責職員：_____ 日期：_____