



2022 年家族性澱粉樣多發性神經病變病友聯誼活動報名簡章

病友姓名				出生年月日		
疾病狀況簡述 1：(如說明目前疾病狀況、活動參與需注意事項…等，提供本會了解患者情況)						
疾病狀況簡述 2：請說明目前回診頻率、是否有在做藥物治療與目前使用之藥物						
聯絡方式	室內電話：			參加方式	<input type="checkbox"/> 現場(病友服務中心)	
	行動電話(必填)：				<input type="checkbox"/> 線上視訊 Google Meet	
	E-mail(如參與線上視訊必填)：					
通訊地址	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
緊急聯絡人 (必填)				連絡電話 (必填)		
陪同家屬資料						
序	關係	姓名	出生年月日	連絡電話		
1						
2						
3						
其他說明						
是否使用 輔具/醫材	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 普通輪椅	<input type="checkbox"/> 電動輪椅	<input type="checkbox"/> 助行器	<input type="checkbox"/> 娃娃車	
	<input type="checkbox"/> 醫療器材：_____			<input type="checkbox"/> 其他_____		
對於活動的期待與提問：						
資料運用聲明暨同意書						
提醒您！個人資料保護法於 101 年 10 月 1 日開始施行。為保障您的權益，本會有義務在報名時先行告知，在課程期間會由本會指派之攝影志工，不定時於課堂中有拍照或攝影之行為，主要是為了紀錄相關活動之影像製作，並作為本會相關宣導資料之運用。如果收集影像之行為使您不舒服，課程期間您有權要求本會停止拍攝或將相關影像做為其他用途。						
本人及同行親友(含上述病友及陪同家屬) <input type="checkbox"/> 不同意 於活動中接受個人影像收集之行為(如未勾選，視為同意)						
★立同意書人簽章：_____						

★小叮嚀：為鼓勵各地病友踴躍參加，另提供外縣市病家定額交通補助，詳情請洽承辦人員。

報名方式如下

傳真專線：[02-2567-3560](tel:02-2567-3560)，傳真後請記得來電確認。

線上報名：<https://forms.gle/Tf7Ao17Rg6fnCtZcA>

洽詢電話：[02-25210717](tel:02-25210717) 分機 169；找劉懿心專員