**2020年威爾森氏症病友聯誼活動暨聯誼會會長改選**

**親愛的威爾森氏症家族朋友們，您好：**

**本年度聯誼聚會將於109年9月19日(星期六)舉辦，歡迎各位威爾森氏症病友家庭報名參加。本次活動將邀請經歷豐富的健康促進講師──米菲老師帶領大家體驗桌遊活動，動動腦，在遊戲中彼此交流認識，聊聊近況以及分享疾病經驗。另逢兩年一度會長改選，邀請您踴躍與會出席，共度週末午後時光！**



◆ **時間**：2020年9月19日(六) 08:45~12:00

◆ **地點**：臺北市身心障礙服務中心 6樓集會室 (臺北市中山區長安西路5巷2號)

◆ **對象**：威爾森氏症病患家庭

◆ **主辦單位**： 、威爾森氏症病友聯誼會

◆ **報名方式**：**網路報名**、**郵寄**或**傳真**，即日起至109年9月9日(三) 12:00為止

**報名後請務必來電確認**

(1) 採用網路報名 (大小寫須符合)， <https://reurl.cc/WL4zOL>

 亦可直接掃描右方QR-code連結報名網址。

(2) 郵寄報名：報名表郵寄至：104台北市中山區長春路20號6樓

(3) 傳真報名：報名表傳真至：(02)2567-3560

◆ **活動流程**：

|  |  |
| --- | --- |
| **時間** | **內容** |
| **8:45-9:00 (15)** | 報到 |
| **9:00-9:10 (10)** | 相見歡 |
| **9:10-9:35 (25)** | 聯誼會改選、會務討論病友交流與分享 |
| **9:35-9:50 (15)** | 休息一下 |
| **9:50-10:00 (10)** | 動動腦，桌遊GO |
| **10:00-11:50 (110)** | 結語 |
| **11:50-12:00 (10)** | 賦歸 |

|  |
| --- |
| **講師簡介：米菲老師**現任：各樂齡學習中心、社區大學等專業講師，台灣體適能健康促進協會桌遊師資班講師師資認證：Board Game Facilitator與Board Game Project Manager國際桌遊師資認證、 中華心智圖協會創新教學師資認證等 |

**◆ 洽詢電話**：02-2521-0717分機164 黃純恩社工

**◆ 小叮嚀：為鼓勵參加，本活動將依病友居住地提供部份交通補助，每家限2人(至少包含1名病友)**

**【交通建議】臺北市身心障礙服務中心** 6樓集會室

地址：臺北市中山區長安西路5巷2號

**大眾運輸工具**

1.捷運：

►搭乘 淡水信義線 或 松山新店線 (至中山站下車，由中山站下車，沿捷運中山地下街往臺北車站方向至R4出口，步行1分鐘抵達。

２.公車：

►市公車(中山市場站)：218、218(直達)、220、220(直達車)、227、247、260、260(區間車)、261、287、297、310、5、605(快速公車)、652、中山幹線

３.北市大眾運輸及公車路線查詢系統

**一般民眾停車資訊**

１.建成國中地下停車場

►地址：臺北市長安西路37號之一B1，電話：(02)2559-6615

２.建成公園地下停車場

►地址：臺北市承德路2段31號B1，電話：02-2555-9857

**行動不便者停車資訊**

►身心障礙服務中心地下停車場(B1,B2)，電話：02-2522-2486

臺北市身心障礙服務中心地下停車場提供至身心障礙服務中心參與、辦理活動之身心障礙者及團體車輛使用，需持有身心障礙者「專用停車位識別證」或掛有專用牌照之車輛，由身心障礙者本人使用或乘載身心障礙者本人時，始得使用身心障礙者專用停車位。

威爾森氏症病友聯誼會

會長改選暨開會通知

敬啟者 您好

威爾森氏症病友聯誼會將於109年9月19日(六)08：45至12：00於臺北市身心障礙服務中心6樓集會室(臺北市中山區長安西路5巷2號)舉辦活動；適逢會長改選之際，敬邀您蒞臨參與，選擇您心目中的會長人選，倘若不克參加，亦請協助填寫委託書，竭誠歡迎您當天一起共同參與！！

|  |
| --- |
| 委託書　本人因故不克出席本次威爾森病友聯誼會之會長改選大會，茲委託本會會員（代表） 代表本人出席。 　　此　致 　　威爾森氏症病友聯誼會委 託 人： 　　（簽章） 受委託人： 　（簽章）   中　華　民　國　　 　　年　　 　　月　　 　　日注意事項：一、每一會員（代表）僅能接受其他會員（代表）一人之委託。 二、請持本委託書於開會時向報到處報到。 三、本表僅供參考，會員若自行開具「委託書」亦屬有效。  |



**2020年威爾森氏症病友聯誼活動暨聯誼會會長改選 報名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病友姓名(一)** |  | **身分證字號** |  | **飲食** | □葷 □素□其他： |
| **病友姓名(二)** |  | **身分證字號** |  | **飲食** | □葷 □素□其他： |
| **疾病狀況簡述：(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)** |
| **聯絡方式** | 室內電話： **行動電話(必填)**： |
| E-mail: |
| **通訊地址** | 郵遞區號□□□ |
| **緊急聯絡人****(必填)** |  | **連絡電話****(必填)** |  |
| **陪同家屬資料** |
| 序 | 關係 | 姓名 | 身分證字號 | 飲食 |
| 1 |  |  |  | □葷□素□其他  |
| 2 |  |  |  | □葷□素□其他  |
| 3 |  |  |  | □葷□素□其他  |
| **其他說明** |
| **是否使用****輔具/醫材** |  □無 □普通輪椅 □電動輪椅 □助行器 □娃娃車 □醫療器材：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □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) □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：**   |
| **威爾森氏症病友聯誼會2020年會長候選人推薦表** |
| 受推薦人姓名 | 身份別(病友/家屬) | 推薦原因 |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 推薦及活動報名時間自即日起至9月9日(三)中午12:00止。
* 推薦方式：傳真(02)2567-3560、郵寄(郵戳為憑，台北市中山區長春路20號6樓)或線上登記
* 連絡電話：02-25210717分機164黃純恩社工

推薦人簽名： 日期：109年 月 日