

地址：九龍城龍崗道 61 號地下 電話：2272 9870
 電郵：msd@loksintong.org 傳真：2383 1908

職員專用

確認申請日期：_____

合作內容：_____

職員簽署：_____

回覆日期：_____

外展健康教育計劃 - 服務申請表

機構名稱：_____

機構性質： 社會福利機構 非社會福利機構

機構地址：_____

聯絡人姓名：_____ 職位：_____ 電話：_____

傳真號碼：_____ 電郵地址：_____

請選擇合作項目“√”（社會福利機構、學校、宗教團體、社會企業可獲優惠收費）

項目	負責人員	主題	
<input type="checkbox"/> 健康講座 (每小時\$1400-\$2000)	<input type="checkbox"/> 註冊中醫師	<input type="checkbox"/> 認識痛症 <input type="checkbox"/> 預防糖尿病 <input type="checkbox"/> 婦女身體調理	<input type="checkbox"/> 預防失眠 <input type="checkbox"/> 預防中暑 <input type="checkbox"/> 長者身體調理
	<input type="checkbox"/> 註冊護士	<input type="checkbox"/> 護心飲食 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 黃斑點病變 <input type="checkbox"/> 大腸癌
<input type="checkbox"/> 中醫諮詢服務 (每小時\$1000-\$1200)	註冊中醫師		
<input type="checkbox"/> 簡單健康檢查 (每小時\$1000-\$1200)	<input type="checkbox"/> 註冊護士	<input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 血脂 <input type="checkbox"/> 血壓	<input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> 諮詢/護理建議
預計服務人次：			

首選申請日期及時間	次選申請日期及時間
日期： 時間：	日期： 時間：

申請程序：(*只接受三個月內之申請)

- 填妥申請表後，請交回九龍樂善堂醫務部（傳真或電郵）。
- 醫務部發出報價單。如確認有關內容，請簽署蓋印並交回醫務部。
- 申請確認後，請以現金/過數/劃線支票存入本部戶口（支付方法會於發票上顯示）。
- 請妥善保存入數紙連同已確認之申請表，日後需交回本部。

機構蓋章：_____

負責人簽署：_____

負責人姓名：_____

日期：_____