

# 彰化縣政府愛心手鍊需求申請表

編號：

使用日期：

使用者 姓名		性 別	男 女	出年 月 生日	
住 址				電 話	
緊 急 聯 絡 人	住 址				
	電 話				
	呼 叫 器				
	行 動 電 話				
身 心 狀 況	<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 癡呆症者 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙				
特 殊 記 載					