

# 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  WhatsApp

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"/> 專業評估 | <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：\_\_\_\_\_