



「關節·我自理」自我管理課程

轉介表格

日期：_____

REF. NO. : _____

姓名：		性別：	男 / 女
年齡：		聯絡電話：	
身份證號碼： (英文字母及首三位數字)		所患病症：	
聯絡地址：	_____		
覆診醫院：			
病歷簡介：	起病日期：____/____(年/月) 受累關節：頸 / 肩膀 / 手肘 / 腕 / 手指 / 髖 / 膝 / 足踝 / 腳趾 其他*：		
是否綜接受助人？	是 / 否		
上課地點：	CRN 李鄭屋中心 (九龍) / CRN 橫頭磡中心 (九龍) / 香港風濕病基金會會址 (九龍) / CRN 大興中心 (新界) / CRN 康山中心 (港島) / CRN 禾輦中心 (新界)		
參加者已知悉 並同意？	是 / 否		

轉介機構/ 負責人_____ 機構蓋章_____ 日期_____

轉介須知：

1. 請填寫表格內所有欄目。
2. 感謝閣下轉介。主辦單位職員會聯絡參加者並確認報名是否成功。
3. 若疫情影響，本活動或改以網上形式進行。主辦單位職員會協助及提供技術指導予參加者。

本會聲明：

1. 參加者的個人資料將為香港風濕病基金會(下稱「本會」)及香港復康會作安排活動、統計及通訊所用。只有此兩會職員或獲委託之人士才能處理參加者資料，但亦有可能會轉交至本計劃捐助機構作報告或推廣活動所用，而一切資料將會受到保密處理。
2. 收集個人資料聲明: 香港風濕病基金會(下稱「本會」)會遵守及履行個人資料(私隱)條例之規定，並確保參加者的個人資料的準確性及安全性。參加者的個人資料只會作安排活動、統計、通訊及推廣活動所用。

備註：

請盡快將表格傳真/電郵至香港風濕病基金會有限公司

地址：九龍深水埗南山邨南偉樓地下 103-106 室

電話：2346 6336 傳真：2346 6136 電郵：mail@hkarf.org

捐助機構：

主辦機構：

合辦機構：



香港賽馬會慈善信託基金



香港風濕病基金會
Hong Kong Arthritis &
Rheumatism Foundation Ltd.



香港復康會
The Hong Kong Society
for Rehabilitation
社區復康網絡
Community Rehabilitation Network

更新日期：2021年 10 月

\\HKARF-SARAH\Den - Share Folder\Forms for website