

# 111 年度南區企鵝家庭日 2 天 1 夜 活動通知單

愛~需要喘息

照顧家人的您有多久沒有好好放鬆

有多久沒和家人享受旅遊呢

企鵝家庭日，由 MDRT 台灣分會 贊助，  
提供大家悠閒輕鬆的二日遊，在這趟旅程中，  
將安排合宜的交通照顧，無礙的觀光環境，  
讓您與家人共創美好回憶，趕緊報名參加吧~

一、活動時間：111 年 10 月 30 日~10 月 31 日（週日、週一）

二、活動地點：高雄田寮花季飯店

三、參加對象：本會南區會員及陪伴者，活動人數限額 80 名。

四、報名資格：以家庭為單位

（一）1 名病友會員，至多 3 名直旁系親屬（含外籍看護）

（二）家屬會員，仍直接照顧病友（未入會），規範同上

☆ 不符上述資格之報名者，將先列為候補，若仍有名額，將於報名截止日起一週內，以抽籤方式決定，並電話通知。

☆ 參加者應完成 3 劑疫苗（需提供證明），若無則需於 10 月 28 日（週五）中午前，提供快篩陰性證明。

五、收費標準：

病友與其陪伴者，旅費全免（限 111 年 8 月 31 日前入會者）

一戶家庭最多 3 名直旁系親屬陪伴（包含外籍看護）

六、報名時間：即日起至 111 年 10 月 7 日（週五）下午五點止。

七、報名方式：

（一）請填妥報名資料（附件一、報名表；附件二、照顧同意書）

（二）於 10 月 7 日（週五）下午五點前，將報名資料以郵寄、傳真、電子信件或至辦公室報名的方式提供南區辦公室。

地址：高雄市新興區民生一路 56 號 7 樓之 4；電話（07）225-0372；

傳真（07）225-2118；LINE@報名：@077wvber 主責 蔡社工

敬請務必來電確認，報名手續是否完成。

（三）小型復康巴士接送至集合點：請電話撥各區復康巴士預約。

- (四) 行程皆以團體方式規劃，參加者須全程參與，以團進團出方式進行。
- (五) 此次活動名額有限，額滿為止。
- (六) 前往交通車集合點有困難，又無法訂小型復康巴士者，協會另規劃有無障礙車輛接送，相關事宜請洽主責社工。

#### 八、住宿房型（二天一夜）：

- (一) 四人房(2張雙人床)提供1戶家庭(1位病友+3位陪同)，或2戶家庭(2位病友+2位陪同)。
- (二) 三人房提供1戶家庭(1位病友+2位陪同)
- (三) 升等二人房(1大床或2小床)，需補差額1,200元/房

#### 九、活動行程表

※集合地點/時間：逾時不候

集合點 1/09:00：台南市麻豆區麻佳路一段 207 號(麻豆新樓醫院)

集合點 2/09:00：佳冬鄉文化二路 106 號(佳冬台電站)

集合點 3/09:30：永康區小東路 513 號(台銀永康分行對面公園)

集合點 4/10:00：高雄市苓雅區中正一路 8 號(中正高中)

日期	時間	內容
10.30(日)	09:00-10:00	依上述集合點時間集合出發
	09:00-11:00	前往午宴餐廳
	11:00-12:00	享溫馨會館午宴(高雄市岡山區捷安路1巷2號)
	12:00-14:00	樂購購物廣場
	15:00	入住飯店(高雄花季度假飯店-高雄市田寮區崗北路111號)
	16:00-17:30	安排入房準備
	17:30-19:00	共聚時刻，晚宴
	19:00-20:00	DIY親子相框製作
	20:30	回房享受湯浴~放鬆身心靈
日期	時間	內容
10.31(一)10:	08:00-10:00	美味早餐(3樓)
	10:00	準備退房
	10:30-13:00	專題講座-病主法與預立醫療團體簽屬
	12:00-13:30	享用午餐
	14:00-15:30	月世界地景公園



## 111 年度南區企鵝家庭日(MDRT)二日遊 報名表

基本資料					
姓名		身 份	<input type="checkbox"/> 病友		
餐 點	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 特殊:_____	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
身份證字號		生 日	年 月 日		
聯絡手機	(H) (手機)				
使用輔具	<input type="checkbox"/> 一般輪椅 <input type="checkbox"/> 不可收電動輪椅 <input type="checkbox"/> 可折疊電動輪椅 <input type="checkbox"/> 特製輪椅(高背、斜傾) <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 助步車 ※是否能從輔具移位至車位座椅 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
上車地點	<input type="checkbox"/> 中正高中 <input type="checkbox"/> 小東路公園 <input type="checkbox"/> 新樓醫院 <input type="checkbox"/> 佳冬台電 <input type="checkbox"/> 無法自行抵達集合點，需協助(請主動洽主責社工詢問)				
住宿選擇	<input type="checkbox"/> 四人房 <input type="checkbox"/> 三人房 <input type="checkbox"/> 二人房，需補差價 1,200 元/房 <input type="checkbox"/> 其他需求: _____ <input type="checkbox"/> 已與其他參加活動會員約好同住，且已與對方達成共識，同住會員姓名: _____				
緊急聯絡人	姓名:		關係:		手機:
<input type="checkbox"/> 陪同者一 <input type="checkbox"/> 外籍看護，國籍 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 泰國					
姓 名			與病友關係		
餐 點	葷/素/ 特殊	性別	男/女	生日	年 月 日
身份證字號	聯絡電話				
<input type="checkbox"/> 陪同者二 <input type="checkbox"/> 外籍看護，國籍 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 泰國					
姓 名			與病友關係		
餐 點	葷/素/ 特殊	性別	男/女	生日	年 月 日
身份證字號	聯絡電話				
<input type="checkbox"/> 陪同者三 <input type="checkbox"/> 外籍看護，國籍 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 泰國					
姓 名			與病友關係		
餐 點	葷/素/ 特殊	性別	男/女	生日	年 月 日
身份證字號	聯絡電話				

## 【房型升等劃撥收據黏貼】

請於 10 月 7 日（五）前填妥【附件一】報名表，連同【附件二】將劃撥收據影本黏貼於下方後，寄回至南區辦公室，並請來電確認是否收到，始為正式報名。

劃撥戶名：社團法人中華小腦萎縮症病友協會 帳號：19572151  
通訊欄：請註明「南區家庭日旅遊」  
電話號碼：07-225-0372

## 【照顧者同意書】

病友們的快樂與平安，是您我共同的心願。本次的活動有賴您我的配合，才能創造最佳的旅遊品質。

在此，由於“社團法人中華小腦萎縮症病友協會”無專職人員可全程陪伴病友，我願意成為同行病友(姓名)\_\_\_\_\_的主要陪伴者〈照顧者〉，在 111 年 10 月 30 日（日）至 31 日（一）二天一夜的行程中，全權負起照顧同行病友之飲食、行動與生活盥洗等工作。

主要陪伴者(照顧者)（簽章）：

民國

年

月

日

請附上看護【外籍人士證件影本】

請附上疫苗施打 3 劑證明(疫苗黃卡/健保卡/數位疫苗證明)之影本