

111 年度中區企鵝家庭日 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 11 月 13 日~11 月 14 日（週日、週一）

二、活動地點：嘉義

三、參加對象：本會中區會員及陪伴者，活動人數限額 50 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 11 月 11 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 14 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 14 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中區辦公室。

中辦地址 407 台中市西屯區重慶路 99 號 6 樓之 3；電話(04)2311-5472；
傳真(04)2311-537；電子信箱 tscaa-tc@tscaa.org.tw；主責 陳社工師
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：請電話按 1999 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(1張單人床+1張雙人床)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)，需補差額一房 600元/房

九、活動行程表

※集合地點/時間：逾時不候		
集合點 1/09:00：台中市西屯區重慶路 99 號		
集合點 2/09:00：台中市大雅區民生路三段 1 號(福懋加油站)		
集合點 3/09:40：統聯客運彰化交流道站		
集合點 4/10:30：福懋斗南加油站		
日期	時間	內容
11.13(日)	09:00-10:30	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	閣樓桶窯雞(雲林縣古坑鄉光興路 80 號)午宴
	12:00-14:00	前往與參訪老揚方塊酥觀光工廠 (嘉義縣大林鎮大埔美園區五路 3 號)
	15:00	入住飯店(嘉義皇品國際酒店-嘉義市西區自由路 468 號)
	16:00-17:00	共聚時刻，團康遊戲
	17:00-18:00	專題講座-嘉義榮總團隊病主法宣導
	18:30-20:00	美味晚餐(飯店中式合菜)
日期	時間	內容
11.14(一)	07:30-09:00	美味早餐
	09:30-10:30	快意生活村(嘉義市東區林森東路 1 號)
	11:00-12:00	小原婚宴餐廳午宴(嘉義市西區博愛路一段 372 號)
	12:00-14:00	返回台中
	14:00-15:00	按摩舒壓於金礦 928 頂級足體舒壓會館(台中市西屯區市政路 567 號)
	15:00-17:00	返家

補充說明：

- 一、特殊飲食要求(如管灌等)敬請自備。
- 二、敬請攜帶水杯、身份證件、健保卡、身心障礙手冊、暈車藥等個人隨身用品。
- 三、活動全程務必團進團出，不可擅自脫隊離開活動現場。
- 四、如有任何疑問，歡迎電洽(04)2311-5472 主責 中區陳社工師

防疫實施

- 一、實施實聯制方式：簽到表
- 二、活動全程應全程佩戴口罩(除補充水分或用餐，可暫脫口罩外)，並由志工擔任社交距離宣導員，負責提醒參與活動人員維持社交距離
- 三、場所入口處/活動入場處體溫量測及人數管控事宜，並提供酒精、乾洗手液或洗手設備。若有發燒超過攝氏 37.5 度以上或有上呼吸道症狀之民眾，禁止進入
- 四、若有未完成 3 劑疫苗參加者，應於 11 月 11(五)中午 12 點前，提供快篩陰性照片，並於上方填寫姓名及日期，傳至中區 line@或電子信箱，得已完成正確出席標準。

贊助單位:MDRT 台灣分會

111 年度中區企鵝家庭日(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"/> 中區辦公室 <input type="checkbox"/> 大雅福懋加油站 <input type="checkbox"/> 統聯客運彰化交流道站 <input type="checkbox"/> 福懋斗南加油站 <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 600 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		年 月 日

【房型升等劃撥收據黏貼】

請於10月14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，寄回至中區辦公室，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「中區家庭日旅遊」
電話號碼：04-2311-5472

【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11月13日(日)至14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

【外籍人士證件影本】

證件影本黏貼處

【疫苗施打 3 劑證明(疫苗黃卡/健保卡/數位疫苗證明)之影本】

證件影本黏貼處