



衛生署口腔健康教育組
ORAL HEALTH EDUCATION UNIT
DEPARTMENT OF HEALTH

地址：九龍亞皆老街 147 號 B 醫院管理局大樓一樓衛生署口腔健康教育組
Address: Oral Health Education Unit, 1/F, Hospital Authority Building, 147B Argyle Street, Kowloon
圖文傳真 Fax No. : 2760 4073

參觀「陽光笑容小樂園」傳真申請表格
Brighter Smiles Playland Visitation Fax-Application Form

機構編號 Organization ID : _____

機構名稱 Organization Name : _____

機構地址 Organization Address : _____

聯絡人姓名 Contact Person : _____ 職位 Post : _____

電話號碼 Tel No. : _____ 傳真號碼 Fax No. : _____

電郵地址 E-mail : _____

學生人數 No. of Participants : _____

工作人員數目 No. of staff : _____ 家長 / 監護人數目 No. of relatives / guidance : _____

每個意願請只選一節，並在其 內加 Please only one session per preference

意願 Preference	日期(日/月/年) Date(dd/mm/yy)	時段/ 時間 Session/ Time			
		0915 -1015	1020 -1120	1330 -1430	1435 -1535
1	/ /	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	/ /	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3	/ /	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

如已在網上申請，請勿重複
If you have applied through the internet, please do not repeat the application

特殊幼稚園/幼兒園適用 For special kindergartens/ nurseries only

<p>學生資料 Students Information :</p> <p>年齡 由 _____ 至 _____ Age : from _____ to _____ year-old</p>	<p><input type="checkbox"/> 輕度智障 Mild Intellectual Disability</p> <p><input type="checkbox"/> 中度智障 Moderate Intellectual Disability</p> <p><input type="checkbox"/> 嚴重智障 Severe Intellectual Disability</p> <p><input type="checkbox"/> 殘障 Physical Disability</p> <p><input type="checkbox"/> 自閉 Autism</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 Others : _____</p>
--	--

負責人簽署
Authorized Signature

機構印章
Organization Stamp

日期
Date