



用戶諮詢小組 2008/09 年度成員報名表格

填妥之表格須於 2008 年 10 月 8 日（星期三）下午 5 時或前送抵復康巴士辦事處。

交回：郵寄地址（以郵戳計算）：香港薄扶林沙灣徑 7 號 6 樓復康巴士

傳真號碼：2855 7106

本人／機構*（請刪去不適用者）有興趣參與 2008/09 年度復康巴士用戶諮詢小組：

個人

←（只可以其中一種名義參加）→

機構

姓名：_____

機構名稱：_____

殘疾情況：_____

委派代表之姓名：_____

職業：_____

職位：_____

殘疾情況（如適用）：_____

聯絡電話：（日間）_____

傳真號碼：_____

（手電）_____

電郵：_____

通訊地址：_____

本人／機構*（請刪去不適用者）曾經於過去一年內使用下列哪種服務（可選多於 1 項）：

固定路線

電召服務

聯載服務

穿梭巴士

車線編號

平均每月用車次數：

車線編號

九龍城線

2 程或以下

沙田線

3 至 6 程

香港南區線

7 至 10 程

瑪嘉烈醫院線

11 程或以上

※ 簽署：

機構負責人

日期：

※ 姓名：_____

※ 凡以機構名義申請，必須由機構負責人簽署及有機構蓋章，方才有效。

- 註：
- 若報名人數超出預定名額，香港復康會復康巴士管理委員會有最終甄選權。
 - 所收集的個人資料只用作招募 2008/09 年度復康巴士用戶諮詢小組成員之用。
 - 本會將為行動不便之成員參加小組會議時，提供交通接載服務。