

FitMind Ten 運動治療計劃報名表格

注意事項：

1. 本計劃僅提供於早期思覺失調康復者（患病期少於 5 年）
2. 所有資料必須填寫。一切資料僅用作統籌本運動計劃及檢討個別參加者的運動治療成效所用。除了閣下之姓名及電話號碼聯絡方法會交給 FitMind 受訓義工作作聯絡用外，其他資料絕對保密。

我明白

姓名：

姓別：

出生日期：

身份証號碼： ()

聯絡電話號碼：

電郵地址：

住址：

區域：

地區：

預計開始日期：

正接受的服務計劃：() E.A.S.Y. (醫院管理局「思覺失調」服務計劃)

() J.C.E.P. (賽馬會思覺健康計劃)

() 其他 (請註明： _ _ _ _ _)

(填表者可選多個答案)

個案經理姓名：