

金門縣身心障礙者復康巴士(無障礙公車)預約申請表

姓名			
出生年月日		身分證字號	
電話(含手機)			
住址			
身心障礙類別		障礙等級	
陪同者姓名		電話 (含手機)	
緊急聯絡人		電話 (含手機)	
搭乘日期	_____年 ____月 ____日 (星期 )		
搭乘時間	去程： 回程：		
搭乘地點	去程： 回程：		
乘車用途	<input type="checkbox"/> 就醫 <input type="checkbox"/> 復健 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 其他(說明)：		
其他	輪椅： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 其他(說明)：		

一、 本表僅供復康巴士(無障礙公車)建檔使用，並依個人資料保護法予以保密。

二、 預約窗口：

(一)金城鎮、金湖鎮、金沙鎮、金寧鄉：預約電話 082-330765(身心障礙福利協進會)，傳真 082-335031

(二)烈嶼鄉：預約電話 082-362468(烈嶼車站)

三、請於用車日前三日起至前一日中午十二時止完成預約申請。