



视力筛查申请表



如 贵机构对我们的视力筛查服务有兴趣，可填写本表格并电邮予李先生
visionhk@polyu.edu.hk。

机构名称 (英文/中文) : _____
机构地址 : _____
地区 : _____ 新界 九龙 港岛
机构服务性质 : _____
机构网页 : _____

有兴趣的服务项目 : 视力筛查 眼睛健康讲座 其他: _____
服务对象 : 长者 成人 青少年 儿童
特殊需要 : 身体残障人士
 智障人士: 轻度 中度 严重
预计参加人数及年龄范围 : _____

有关视力筛查活动场地:
 会堂 房间数目: _____ (每房间占地: _____ 平方尺) 其他: _____

* (请提供活动会堂/房间之相片，连同本表格一并递交)
视力筛查活动场地一般需要最少 1,000 平方尺面积。如贵 机构没有足够面积之场地，参加者愿意到邻近之社区会堂以接受服务吗? 愿意 不愿意

视力筛查服务一般会於周末进行。如贵 机构希望服务安排於平日，请注明: _____
(视力筛查活动需时一天，由上午 8-9 时至下午 5-6 时)

联络人 : _____ 职位 : _____
办公室电话 : _____ 手提电话 (自愿性) : _____
电邮地址 : _____ 查询日期 : _____

为使我们的学生更能认识他们的服务对象，贵 机构必须在我们进行实地视察当天介绍有关 贵机构及服务对象的背景。

由眼科视光学院填写:

