



視力篩查申請表



如 貴機構對我們的視力篩查服務有興趣，可填寫本表格並電郵予李先生
visionhk@polyu.edu.hk。

機構名稱 (英文/中文) : _____
機構地址 : _____
地區 : _____ 新界 九龍 港島
機構服務性質 : _____
機構網頁 : _____

有興趣的服務項目 : 視力篩查 眼睛健康講座 其他: _____
服務對象 : 長者 成人 青少年 兒童
特殊需要 : 身體殘障人士
 智障人士: 輕度 中度 嚴重
預計參加人數及年齡範圍 : _____

有關視力篩查活動場地：

會堂 房間數目: _____ (每房間佔地: _____ 平方尺) 其他: _____

* (請提供活動會堂/房間之相片，連同本表格一併遞交)

視力篩查活動場地一般需要最少 1,000 平方尺面積。如貴 機構沒有足夠面積之場地，參加者願意到鄰近之社區會堂以接受服務嗎? 願意 不願意

視力篩查服務一般會於週末進行。如貴 機構希望服務安排於平日，請註明: _____

(視力篩查活動需時一天，由上午 8-9 時至下午 5-6 時)

聯絡人 : _____ 職位 : _____
辦公室電話 : _____ 手提電話 (自願性) : _____
電郵地址 : _____ 查詢日期 : _____

為使我們的學生更能認識他們的服務對象，貴 機構必須在我們進行實地視察當天介紹有關 貴機構及服務對象的背景。

由眼科視光學院填寫:

