惠澤社區藥房

致：聖雅各福群會惠澤社區藥房 (傳真號碼：31043660)

電提服藥服務申請表格

I. 個案資料

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

性　　別：男 / 女　　出生日期：_____

II. 電提安排

- **電話系統會致電下列☑電話號碼：**

☐ 電話號碼：_____

☐ 電話號碼：_____

- **電提服藥日期**

生效日期：_____年_____月_____日

- **請列明需要電話提示的時間，以半小時為一個時段 (例如 8:00-8:30, 18:30-19:00)**

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

III. 轉介機構資料

機構名稱：_____ 職員姓名：_____

聯絡電話：_____ 申請日期：_____

_____ 病人/申請人姓名	_____ 病人/申請人簽署	_____ 機構/醫院蓋印

聯絡電話： 3974 4693 戴先生
傳真申請： 3104 3660