

※必填項目

失蹤老人協尋中心

預防走失-愛的手鍊 申請表

※申請人：_____關係：_____編號：_____

※申請資格：☐自費 ☐免費 登錄日期： 年 月 日

※資訊來源：☐報紙 ☐電視 ☐廣播 ☐網路 ☐警局 ☐公部門 ☐民間團體

☐醫院 ☐親友 ☐其他：_____

☐富邦集團關係企業_____（請填寫推薦人所屬公司）

☐富邦人壽 單位：_____

※使用人基本資料：

姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	血 型	
出生日期	民國 年 月 日	身份證字號			
電 話					
戶籍地址					
通訊地址					

※聯絡人(一)基本資料：

姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	關 係	
電 話 (0)		電 話 (H)			
行動電話 (1)		行動電話 (2)			
通 訊 地 址					

※聯絡人(二)基本資料：

姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	關 係	
電 話 (0)		電 話 (H)			
行動電話 (1)		行動電話 (2)			
通 訊 地 址					

聯絡人(三)基本資料：

姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	關 係	
電 話 (0)		電 話 (H)			
行動電話 (1)		行動電話 (2)			
通 訊 地 址					

【背面尚有資料 請填寫】

編號：_____

※使用人生活概況_

婚姻狀況： ☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶 ☐ 其他_____	
經濟來源： ☐ 自給 ☐ 子孫 ☐ 親友 ☐ 退休俸 ☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 其他_____	
是否獨居： ☐ 是 ☐ 否	是否需要相關福利服務資訊： ☐ 是 ☐ 否
E-mail：_____	

◎預防走失暨使用人疾病

有走失之虞： ☐ 精神疾病 ☐ 智障者 ☐ 老人失智 ☐ 其他_____
疾病： ☐ 心臟病 ☐ 糖尿病 ☐ 高血壓 ☐ 中風 ☐ 氣喘 ☐ 其他_____
疾病之急救措施： ①隨身攜帶藥物 ☐ 是(藥名 _____) ☐ 否 ②送特定醫院 ☐ 是(醫院 _____) ☐ 否 ③其他急救措施 _____

※手鍊寄送地址：_____

收件人：_____

◎聯絡人聯絡電話或通訊地址有更改時請立即通知本中心

◎資料審核(中心填寫)

費用	☐ 免費 ☐ 自費(☐ 已付_____ ☐ 未付_____)		
領取日期	年 月 日	領取人	(簽章)
郵寄日期	年 月 日	掛號編號	

失蹤老人協尋中心

電話：(02) 2597-1700

傳真：(02) 2598-9918

地址：104 台北市中山區民權西路 79 號 3 樓之 2

E-mail：old@missinggoldman.org.tw

自費申請—郵局劃撥帳號：17778341 戶名：中華民國老人福利推動聯盟