**屏東縣身心障礙福利服務中心參訪申請表**

填寫日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **申請單位** |  |
| **單位地址** |  |
| **主要聯絡窗口** |  |
| **聯絡窗口電話** |  |
| **參訪目的** |  |
| **預計參訪人數** |  |
| **參觀日期與時間** | 日期： 時間： |
| **參觀項目** | □身障服務協會(復康巴士業務)  □屏東縣輔具資源中心  □屏北區發展遲緩兒童及身心障礙者通報暨個案管理中心  □屏東縣身心障礙者日間照顧中心  □屏東縣身心障礙者自立生活支持服務中心  □屏東縣身心障礙者社區式日間服務布建計畫-屏東建豐據點  □屏東縣腦性麻痺失能身心障礙者日間照顧中心  □屏東縣肢體障礙者生活重建中心 |
| **參訪單位建議及其他需求** | □手語翻譯 □同步聽打 □輪椅或其他輔具\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □其他建議或需求\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |