



社團法人中華小腦萎縮症病友協會  
Taiwan Spinocerebellar Ataxia Association

## 114年南區聯誼會-企鵝旅遊趣

親愛的企鵝家人們~

邀請您一同加入充滿歡笑與刺激的旅程，地點位於高雄的義大遊樂世界，邀請您與家人同行，一起開心出遊，一起在義大大笑！一起留下滿滿的回憶與合照！

一、【活動時間】114年8月30日(週六)

二、【活動地點】義大遊樂世界(高雄市大樹區學城路一段10號)

三、報名與收費說明：**大型無障礙車輛座位有限，報名上限55人**

- 本會會員報名，**免活動費**
- 病友會員，其必要照顧者1名免費(需全程照顧病友)
- 非上述身分或第三名(含)以上報名者，需自付活動費1,100元(保險/車資/午餐費用)



四、集合地點/開車時間：逾時不候

| 地點<br>車班 | 第一停靠點                                           | 第二停靠點                                                        |
|----------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 南一車      | 屏東市區(依報名狀況，再規劃上車地點)<br>上午09:10開車 / 回程17:40抵達    | 衛武營捷運站1號出口802醫院大門旁，<br>(高雄市苓雅區中正一路2號)<br>上午10:15開車/回程17:00抵達 |
| 南二車      | 上午09:30開車/回程18:00抵達<br>麻豆新樓醫院<br>(麻豆區麻佳路一段207號) | 上午10:10開車/回程17:20抵達<br>台銀永康分行對面公園<br>(永康區小東路513號)            |

五、活動內容：

| 時間          | 項目內容       | 備註                                                  |
|-------------|------------|-----------------------------------------------------|
| 09:00       | 各車集合/出發目的地 | 依上述發車時間出發，各車前往義大世界                                  |
| 11:00-12:00 | 抵達義大世界/用餐  | 先大合照並發午餐餐盒(壽司)                                      |
| 12:00-16:00 | 自由行程/購物/遊玩 | 義大購物廣場:品嚐美食與冰涼飲品<br>遊樂世界:暢玩各大熱門設施(如天旋地轉、宇宙迴旋、飛越台灣等) |
| 16:00-集合    | 各車集合/開心回家  | 16:15前乘車完畢出發                                        |
| 16:15-18:00 | 賦歸         |                                                     |

六、報名方式

【報名截止】即日起至114年8月15日(週五)下午16:00截止

填妥【出席報名表】，拍照傳line@，或傳真至辦公室；不方便填寫者，可以直接打電話請社工協助。電話：(07)225-0372蔡社工；傳真：(07)225-2118

※※※LINE或傳真報名者，請務必來電確認是否報名成功



補助單位：財團法人罕見疾病基金會贊助



社團法人中華小腦萎縮症病友協會  
Taiwan Spinocerebellar Ataxia Association

七、注意事項：

- 1.務必攜帶身心障礙手冊、健保卡、暈車藥等個人隨身用品。
- 2.活動場地較大，成員請務必遵照工作人員指示範圍行動，不可擅自脫隊離開活動現場。

出席報名表

上車地點 ☐麻豆 ☐台南 ☐高雄 ☐屏東

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------|
| 第一出席者 <input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 非會員                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                         |
| 姓 名                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                     | 身 份   | <input type="checkbox"/> 病友 <input type="checkbox"/> 家屬 |
| 餐 點                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素                                                                                                                                                               | 身份證字號 |                                                         |
| 生 日                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日                                                                                                                                                                                                               | 聯絡電話  |                                                         |
| 使用輔具                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 不需輔具 <input type="checkbox"/> 助行器/助步車 <input type="checkbox"/> 手推輪椅 <input type="checkbox"/> 電動輪椅<br>※因無障礙位有限，使用輪椅者請勾選下方選項 <input type="checkbox"/> 可移位到座位 <input type="checkbox"/> 完全無法移位 |       |                                                         |
| 第二出席者 <input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 非會員 <input type="checkbox"/> 陪同者 <input type="checkbox"/> 外籍看護( <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 泰國) |                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                         |
| 姓 名                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                     | 身 份   | <input type="checkbox"/> 病友 <input type="checkbox"/> 家屬 |
| 餐 點                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素                                                                                                                                                               | 身份證字號 |                                                         |
| 生 日                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日                                                                                                                                                                                                               | 聯絡電話  |                                                         |
| 緊急聯絡人                                                                                                                                                                                                                                        | 姓名： 關係： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                       |       |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 聯絡電話：(H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (手機)                                                 |       |                                                         |

※當日緊急電話：0958-881220

聯絡人：蔡社工

補助單位：財團法人罕見疾病基金會贊助