

中華民國運動神經元疾病病友協會 第十三屆第一次會員大會 開會通知

敬致

女士/先生

開會通知請即拆閱

會員編號：

親愛的會員，您好：

謹訂於 111 年 10 月 8 日(星期六)召開第十三屆第一次會員大會暨理、監事改選。凡出席之會員(委由家屬代表出席者請加填委任書)可領取防疫紓困補助金新臺幣 1,000 元暨精美禮物。誠摯邀請您撥冗前來，參與協會會務，並與好友相見歡。

如您不克出席，請務必填寫委託書，俾利相關議案順利進行。

一、會議日期：111 年 10 月 8 日(星期六) 上午 10 時 30 分

二、會議地點：天成大飯店(Cosmos Hotel,Taipei) 1 樓天采廳

(臺北市中正區忠孝西路一段 43 號，捷運台北車站 M3 出口●輪椅 M4 出口)

三、會議流程：

時 間	流 程
10:30-11:00	報 到
11:00-11:10	主 席 致 詞 / 貴 賓 致 詞
11:10-11:30	理 監 事 候 選 人 介 紹 / 選 務 說 明
11:30-12:00	投 票 / 會 務 報 告 / 提 案 討 論
12:00-13:30	午 餐 / 開 票
13:30-13:40	宣布第十三屆理事監事當選名單
13:40-14:30	交 流 與 分 享
	第十三屆第一次理監事聯席會議
14:30-14:45	宣 布 新 任 理 事 長 當 選 人 理 事 長 交 接 / 大 合 照
14:50	散 會



線上報名

四、報名期限：即日起至 111 年 8 月 20 日(六)截止。

五、交通補助原則：

(一)補助名額

1. 病友參加者，每戶補助病友、看護、家屬各一名(含病友至多三名)之鐵公路大眾運輸工具往返臺北車站車資。

桃園及中南區病友無障礙座位及同行者高鐵車票一律由本會代訂並郵寄，請勿自行換票。

2. 病友不克參加或家無病友之會員：每戶補助一名參加者之鐵公路大眾運輸工具往返臺北車站車資。請自行購票並保留票根正本或購票證明正本、存摺封面影本，於 10/20 前寄回協會辦理。以利申請補助。

(二)北區病友當天搭乘復康巴士或無障礙計程車至天成大飯店，憑乘車收據正本、存摺封面影本，於 10/20 前寄回協會申請交通費補助。

(三)會場有提供停車服務，若車位不足欲申請停車費補助，請寄回當日停車費發票正本及存摺封面影本於 10/20 前寄回協會辦理，發票請註明協會統一編號：81582505。

六、若會員不克出席且家屬無法代表出席者，懇請務必填寫第 5 頁委託書回傳。

七、請線上報名或詳填次頁報名表後郵寄、傳真或 E-mail 報名，並來電確認。

聯絡電話：(02)2585-1367 分機 115 傳真號碼：(02)2585-1302

聯絡人：鍾建成 jasonchung@mnda.org.tw

地址：104 臺北市中山區民族東路 2 號 7 樓之 1

8 月 20 日(六)截止報名

八、備註：

(一)會議當日請配合政府防疫措施。

(二)請攜帶健保卡、身心障礙證明(手冊)、雨具，及其他個人用品，如特殊餐具、灌食空針、個別商業管灌配方、藥品、禦寒衣物、叫人鈴等，病友維生設備請全程攜帶。

(三)本次活動全程進行影像紀錄，供本會教育宣導用途，不另填寫使用同意書，感謝與會者配合。

(四)會員之間不得代領防疫紓困補助金暨禮物，會議結束後恕不補發。

(五)若您因故不克出席會員大會，懇請務必填寫第 5 頁委託書回傳。



臺北市忠孝西路一段 43 號

●捷運臺北車站 M3 出口(手扶梯)

●輪椅 M4 出口(電梯)

111 年第十三屆第一次會員大會 報名表

身 分 別	病友/家屬代表/會員	看護	家屬	陪同者
姓 名				
出生年月日				
身分證字號				
手 機				
高 鐵 代 訂 無 障 礙 座 位 (桃園及中南區)	元	元	元	元
	◎ 高鐵起站名：_____ ◎ 病友及同行者之高鐵票由本會統一訂購並通知應繳費用。			
午 餐	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 自備	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
病友行動工具	<input type="checkbox"/> 步行 <input type="checkbox"/> 一般輪椅 <input type="checkbox"/> 高背輪椅 <input type="checkbox"/> 電動輪椅 <input type="checkbox"/> 電動代步車			
病友使用維生設備調查	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Bi-PAP <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 抽痰機 <input type="checkbox"/> 咳痰機 <input type="checkbox"/> 氧氣機			
非一同出席之緊急聯絡人	姓名：_____ 電話：_____			
病友主責社工	北區： <input type="checkbox"/> 黃玲琴 <input type="checkbox"/> 李晨嘉 <input type="checkbox"/> 鍾宜庭 <input type="checkbox"/> 石祐瑄 <input type="checkbox"/> 陳泛錡			
	中區： <input type="checkbox"/> 謝孝慈 <input type="checkbox"/> 熊國婷		南區： <input type="checkbox"/> 李思雨	

※會員本人委由家屬代表出席者請填寫下列委任書：

委 任 書

本人委託上列家屬(詳如報名表)代表出席中華民國運動神經元疾病病友協會第十三屆第一次會員大會，並代為領取防疫紓困補助金 1,000 元整。

此 致

中華民國運動神經元疾病病友協會

委任人(會員)：

(簽名或蓋章)

身分證字號：

身心障礙證明影本（正面）
黏貼處

身心障礙證明影本（背面）
黏貼處

外籍看護居留證影本（正面）
黏貼處

外籍看護居留證影本（背面）
黏貼處

65 歲以上或未滿 12 歲身分
證明文件影本黏貼處



線上報名

報名期限：111 年 8 月 20 日(六)

委 託 書

本人(委託人)因故不克出席第十三屆第一次會員大會，茲委託受託人代理本人行使會議時一切權利義務。

此致

中華民國運動神經元疾病病友協會

委託人(會員本人)：_____ (簽名或蓋章)

受託人(其他會員)：_____ (簽名或蓋章)

中 華 民 國 年 月 日

備註

1. 每一受託人(會員)僅能接受其他委託人(會員)一人之委託。未指定受託人者，將由大會報到處視狀況委由當天出席會員擔當受託人。
2. 簽名或蓋章後請傳真、或郵寄或 E-mail 至協會。**傳真號碼：(02)2585-1302**

會員編號：