**112年度臺北市政府衛生局「失智症宣導園遊會」**

**機構攤位申請表**

|  |  |
| --- | --- |
| 機構名稱 | XXX心理諮商所 |
| 參展成員1  (聯絡人) | 姓名：  諮商心理師證書字號：諮心字第00XXXX號（若為行政人員可省略）  電子郵件：  手機號碼： |
| 參展成員2 | 姓名：  諮商心理師證書字號：諮心字第00XXXX號（若為行政人員可省略） |
| 參展成員3 | 姓名：  諮商心理師證書字號：諮心字第00XXXX號（若為行政人員可省略） |
| 參展成員4 | 姓名：  諮商心理師證書字號：諮心字第00XXXX號（若為行政人員可省略） |
| **基本須知** | |
| 1. □已了解   活動時間為9/2(六)，14:00-17:00（不含場佈和場復，場佈時間另行通知）   1. □已了解   活動地點為大安森林公園兒童小舞台的前廣場（臺北市大安區信義路三段100號）   1. □已了解   攤位主題以推展高齡及失智友善社區成果、健康促進、失智症防治宣導為主，形式為成果展示、互動攤位、政令宣導等不拘。   1. □已了解   現場提供機構300\*300cm大小的攤位、帳篷1頂、2張長桌、桌巾1條、4張塑膠椅、用電110V。   1. □已了解   公會提供一個機構共800元車馬費補助，並於活動結束後匯款入帳。   1. □已了解   以機構為單位進行申請，並派員2-4人參與，參與人員至少須含1名持有執照的心理師。   1. □已了解   申請後須經衛生局彙整評估後，再另行通知是否得以設攤宣導。 | |