



THE HONG KONG JOINT COUNCIL FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

IN PARTNERSHIP WITH THE HONG KONG COUNCIL OF SOCIAL SERVICE
NATIONAL MEMBER ORGANIZATION OF REHABILITATION INTERNATIONAL

香港復康聯會

香港社會服務聯會合作伙伴 · 國際復康總會成員機構

通告

致： 國際復康日籌備委員會各委員

由： 復康主任鄭普恩女士

事由： 2017年國際復康日—廿五周年傷健全城拼暨
「十八區關愛僱主」表揚計劃頒獎禮

日期： 2017年9月13日

.....

謹此通知今年國際復康日中央慶祝典禮將於2017年12月3日(日)下午舉行，請各位預留時間出席及通知相關機構。

今年為國際復康日廿五週年，經國際復康日籌備委員會會議討論後，今年中央慶祝活動將動員全港十八區超過五百名地區人士，參與大型拼圖活動，宣揚「傷健齊心·萬眾一家」的精神。聯會今年亦舉辦「傑出共融社區推廣計劃」，典禮當日會頒發獎項，表揚傑出的地區推廣工作。此外，今年會續頒發「十八區關愛僱主」表揚計劃獎項，包括連續5年或以上「十八區關愛僱主」特別大獎。

聯會現擬訂了當日活動程序，並邀請18區動員地區人士參與拼圖活動，有關程序請見附件一。

「傷健全城拼」活動簡介：

- 活動預計將會有逾500名傷健人士，合作拼貼一幅過10,000呎、約3000塊的拼圖；
- 參與拼圖活動的人士包括：18區協調員及地區傷健人士、活動嘉賓及義工；



THE HONG KONG JOINT COUNCIL FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

IN PARTNERSHIP WITH THE HONG KONG COUNCIL OF SOCIAL SERVICE
NATIONAL MEMBER ORGANIZATION OF REHABILITATION INTERNATIONAL

香港復康聯會

香港社會服務聯會合作伙伴 · 國際復康總會成員機構

- 18 區每區請委派 2 名代表作協調員，協助拼圖活動進行。協調員集合時間為中午 12 時集合，大會會就拼貼方法進行簡介，及讓各區協調員試行拼貼。各區協調人需於拼圖活動正式進行時，協助指示地區人士完成拼圖；
- 18 區每區請動員最少 20 名，最多 40 名地區人士參與拼圖活動。地區人士集合時間為下午 1 時 30 分，並會在各區協調員的指示之下，完成拼圖。
- 大會將不會提供膳食和水，如有需要，請各地區自行安排。

煩請各區填妥附件二回條，於 **2017 年 11 月 3 日(五)或之前**交回本會，以便籌備活動進行。如有任何查詢，請致電 2864 2932 與本人聯絡。

多謝垂注。

**2017 年國際復康日
廿五周年傷健全城拼暨
「十八區關愛僱主」表揚計劃頒獎禮**

最後更新
2017 年 9 月 13 日

程序（暫擬）

活動日期： 2017 年 12 月 3 日（星期日）
活動時間： 下午 1 時 30 分至下午 4 時 30 分
活動地點： 葵涌興芳路遊樂場硬地足球場
預計活動人數： 800 人

時間	程序
1200	18 區協調員集合
1215 - 1330	18 區協調員簡介及準備拼圖活動
1330	18 區地區人士集合
1330 - 1400	18 區地區人士簡介及準備拼圖活動
1400 - 1515	集體拼圖活動
1530	中央典禮 <ul style="list-style-type: none">- 國際復康日籌委會主席張偉良先生, BBS, MBE, QGM 致歡迎辭- 主禮嘉賓致辭
1545	國際復康日開幕儀式
1550	致送紀念品予十八區代表
1555	致送紀念品予主要贊助團體
1600	頒發「傑出共融社區推廣計劃」獎項
1610	頒發「十八區關愛僱主」表揚計劃獎項
1630	活動結束

2017 年國際復康日
廿五周年傷健全城拼暨
「十八區關愛僱主」表揚計劃頒獎禮
(2017 年 12 月 3 日)

「傷健全城拼」活動參加者人數
回條

請於 2017 年 11 月 3 日(五)或之前交回秘書處

致： 復康主任鄭普恩女士
電郵：py.cheng@hkcss.org.hk 傳真：2864 2962

(一) 地區： _____

(二) 請填寫參與傷健全城拼活動 2 名協調員資料：

	協調員一	協調員二
中文姓名：		
機構：		
職銜：		
手提電話：		
電郵：		

(三) 請按分類填寫參與傷健全城拼活動的地區人士人數（每區可動員 20 至 40 人）：

健全人士：		
視障人士：		
聽障人士：		
肢體傷殘人士：	手動輪椅使用者：	
	電動輪椅使用者：	
	輔助步行工具使用者：	
	上肢／手活動困難：	
智障人士：		
精神病康復者：		
其他：	(請註明)	

(四) 聯絡人資料：

姓名： _____ 機構名稱： _____
職銜： _____ 電話： _____
電郵： _____