

SFHP 會員顧問委員會 (MAC) 報名表

請填妥本表格，以參加於 2024 年開展的 MAC 會議。

名字：	姓氏：
地址：	
電話號碼：	電郵：
請選擇您或家人已參與的計劃： ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Workers HMO ☐ 並非 SFHP 會員 ☐ 其他公共健康計劃：	
您講哪種語言？ ☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 其他：	
請說明您想參加 MAC 的原因。	
若您目前並非 SFHP 會員，請進一步介紹您自己，以及您與 SFHP 會員和三藩市社區的合作情況。	
您的工作地點？（會員 SFHP 選項）	
請描述您的職位、工作範圍，以及您如何與 SFHP 會員或三藩市社區合作。（會員 SFHP 選項）	

SFHP 會員顧問委員會 (MAC) 報名表

請簽署您的姓名以示同意。

我想參加 MAC。我同意每年親身出席四次 MAC 會議。我將在每場會議上分享我的想法和疑慮。我的意見回饋有助 SFHP 為會員提供優質的護理。

簽名

日期

您可將本報名表郵寄至：

**San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119**

或者，您可將本報名表電郵至：

MAC_Application@sfhp.org