



會員申請表格 Membership Application Form

新會員 New Member / 續證會員 Renewal Member

請在適當空格內填上✓號 please tick as appropriate

必須填寫此部份 Please fill in this part		續會會員無需填寫此部份。These fields are mandatory for new members.						中心專用 For Official Use Only					
中文姓名 Chinese Name	年齡/年級 Age/Form	英文姓名 English Name	性別 Gender	出生日期 Date of Birth (日 dd/月 mm/年 yy)	身份證號碼 Identity Card No (首 3 個字元;The first 3 charaters)			與申請人關係 (Relationship with Principal Applicant)	傷殘人士適用 For Disable Only		會員証 條碼	自修室 編號	家庭 編號
									傷殘類別 Type(s) of Disability	輔助工具 Accessory Appliance			
(申請人 Principal Applicant)			<input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male								00		
			<input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male								00		
			<input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male								00		
			<input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male								00		
			<input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male								00		

住址 Address :		
聯絡電話 Telephone No : 住宅 Home	手提電話 Mobile Phone	電郵 Email :
緊急聯絡人 Emergency contact person : 姓名 Name	電話 Telephone No	

申請人簽署 Signature : \_\_\_\_\_ 家長/監護人簽署 Signature of parent or legal guardian : \_\_\_\_\_ (姓名 Name \_\_\_\_\_) 日期 Date : \_\_\_\_\_

【申請須知】 Notes for Attention	中心專用 For Official Use Only
<p>1) 填寫表格前，請詳閱《收集個人資料告示》 Please read the Personal Data (Privacy) Ordinance before filling in the form.</p> <p>2) 凡在同一年度重覆入會者，已交會費恕難退回，敬希留意！ It is NOT refundable for the repeated application within one year.</p> <p>3) 凡 14 歲以下人士需得家長或監護人同意，方可加入成為會員 For those age under 14, consent from parent or legal guardian is necessary.</p> <p>4) 請將填寫表格連每名申請者近照一張及所需會費，並出示身份證明文件；如以支票付款，抬頭為「香港傷健協會」。 Please fill in the form and attached with a photo together with membership fee, and produce proof of identity. For cheque payment, please send a crossed cheque payable to "Hong Kong PHAB Association"</p>	<p>申請日期：_____ 收據編號：_____</p> <p>發証日期：_____ 輸入電腦日期：_____</p> <p>尚欠資料：1) 相片_____張</p> <p>職員簽署：_____</p>

## 香港傷健協會 收集及使用個人資料同意書

文件編號：SQS14.1.2	版次： 9
生效日期： 11.2023	頁數： 1

本人以表示同意因應申請香港傷健協會的服務，完全明白及自願提供本人的個人資料，並同意香港傷健協會根據其政策保存本人的個人資料。

請於下方適當空格內加上 ✓，以表示同意：

- 本人同意香港傷健協會為了配合本人的身體或精神健康需要，有需要時將本人的姓名、身份證號碼、健康及福利事宜，轉交醫療機構、政府部門或相關社會福利服務營辦機構，使其為本人提供適切的服務轉介。
- 本人同意香港傷健協會將以本人的個人資料，包括姓名和聯絡方式（如：地址、電郵、電話），用作郵寄或電子傳訊相關的服務訊息，例如定期或不定期之服務內容刊物、服務滿意度調查、服務發展研究調查。
- 本人同意香港傷健協會使用本人個人資料發放以下訊息（可選擇下列一項或多項）
- 定期或不定期之服務內容刊物
  - 服務滿意度調查
  - 服務發展研究調查

除根據個人資料《私隱》條例所訂明的豁免外，本人明白有權要求查閱及改正申請表上所填報的個人資料。如欲行使這項權利，請以書面向本會提出。

聯絡協會方式，地址：香港百福道 21 號香港青年協會大廈 1402 室；電話：2551 4161；傳真：2875 1401。

申請人 / 監護人（如適用）簽署：\_\_\_\_\_

申請人姓名：\_\_\_\_\_

監護人姓名：\_\_\_\_\_（如適用）

會員證號碼：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_