



Children's Thalassaemia Foundation

地中海貧血兒童基金

Volunteer Form
義工表格

姓:

Surname: _____

名:

Given Name: _____

身份證號碼:

出生日期:

HKID No: _____ Date Of Birth: _____

聯絡電話: (日) _____ (晚) _____

Contact No: (Day) _____ (Night) _____

傳真號碼: _____ 電郵地址: _____

Fax no: _____ E-mail: _____

地址:

Address: _____

職業:

Occupation: _____

公司名稱:

Company: _____

感興趣項目：
Area of Interest: 籌款活動 輔導工作 文書工作
 Fundraising Team Counseling Team Clerical Support
 查詢熱線 教育及推廣工作 其他
 Hotline Education Team Others _____

許可時間：
Availability: 平日 週末 _____ 至 _____
 Weekday Weekend _____ to _____

Please return this form to us by fax or by mail to:

Children's Thalassaemia Foundation

Room 201-203 Block B1, Queen Mary Hospital

Pokfulam Road, Hong Kong

Tel: 2523-5400 Fax: 2818-0636

E-mail: ctfhk@netvigator.com

請將表格傳真或寄回:

地中海貧血兒童基金

香港薄扶林道瑪麗醫院 B1 座 201-203 室

電話: 2523-5400 傳真: 2818-0636

電郵: ctfhk@netvigator.com