

入會申請表

病者姓名

中文：_____ 英文：_____

性別：男 / 女 出生日期：_____年_____月_____日

*出生地點：_____市 / 縣 _____醫院

通訊地址：_____

電郵地址：_____

住宅電話：_____ 手提電話：_____

(如適用) 就讀學校：_____年級：_____

親屬資料

父親姓名：_____ 母親姓名：_____

*籍貫：_____省_____縣 *籍貫：_____省_____縣

職業：_____ 職業：_____

病者現就診於_____醫院

#來港日期：_____年_____月_____日

#來港前就診於 _____市 / 縣 _____醫院

備註：_____

申請人或監護人簽署：_____

申請日期：_____

*這些資料對研究本病有重大關係，敬請填寫

#非本港出生申請人填寫

填妥後，請寄回或傳真至本會。如有任何問題，請向本會職員查詢

地址：香港北角英皇道 75-83 號聯合出版大廈 11 樓 1102 室

電話：2889 8399

傳真：2818 0636

入會時需繳交基金行政費 50 元(只需於第一次入會時繳交)及會員年費 160 元(至 2019 年 12 月 31 日)

繳款方法：支票 — 抬頭：香港地中海型貧血病協會 或

直接存款往匯豐銀行戶口：162-012835-001