



香港手力急救協會

THE ACUPRESSURE IN FIRST AID FEDERATION, HONG KONG

會員申請表格

MEMBERSHIP APPLICATION FORM

近照

1" x 1"

中/英文姓名：_____ 身份証/護照號碼：_____

出生日期：_____

ADDRESS: _____

通訊處：_____

電話：住宅 _____ 辦事處：_____ 手提電話：_____

電郵地址(E-mail)：_____

辦事處名稱及地址：_____

職業：_____

職位：_____ 教育程度 (請在適當□內加✓號)

小學 中學 大專或大學 其他 _____

專業資歷：_____

曾參加本會主辦課程	年份	證書號碼
手力急救班		
高級手力急救班		
十四經絡班/經絡穴位班		
手力急救教師證書課程		
本會舉辦其他課程 (請註明課程)		

本人有興趣參與 (一) 教授工作 (二) 行政工作 (三) 刊物/編輯

(請在適當□內加✓號)

*請將不適用者劃去

請填妥表格連同劃線支票抬頭「香港手力急救協會」

港幣\$1,000(永久會員) / 港幣\$100(一年會員) 至翌年 3 月 31 日

郵寄致香港輔道西 103 號 樂基商業中心 1002 室香港手力急救協會收

申請人簽名：_____

日期：_____

本會專用	
支票銀行名稱：	支票號碼：
收件日期：	批核簽署：