



「關節・我自理」自我管理課程報名表格

中文姓名：		英文姓名：	
性別：	男 / 女	年齡：	
電郵：		聯絡電話：	
身份證號碼： (英文字母及首三位數字)		所患病症：	
聯絡地址：	_____		
病歷簡介：	起病日期：____/____(年/月) 受累關節：頸 / 肩膀 / 手肘 / 腕 / 手指 / 髖 / 膝 / 足踝 / 腳趾 其他*：		
是否綜接受助人？	是 / 否		
是否社區 復康網絡成員？	是 / 否		
開課日期及地點：	月 日至 月 日 下午 時至 時半		
費用：		日期：	

簽名：_____

聲明：

- 閣下的個人資料將為香港風濕病基金會(下稱「本會」)及香港復康會作安排活動、統計、通訊及推廣活動所用。只有此兩會職員或獲委託之人士才能處理閣下資料，但亦有可能會轉交至本計劃捐助機構作報告或推廣活動所用，而一切資料將會受到保密處理。
- 收集個人資料聲明：香港風濕病基金會(下稱「本會」)會遵守及履行個人資料(私隱)條例之規定，並確保閣下的個人資料的準確性及安全性。若閣下要求查閱或更改本表格所載的個人資料，或希望停止接收本會資訊，請將中英文全名及電話號碼電郵予本會(mail@hkarf.org)以安排相關刪除手續。如有查詢，請致電 2346 6336 與本會聯絡。

本人已閱讀及明白，並完全同意是次訓練的細則。

備註：

請盡快將表格傳真/電郵至香港風濕病基金會有限公司

地址：九龍深水埗南山邨南偉樓地下 103-106 室

電話：2346 6336 傳真：2346 6136 電郵：mail@hkarf.org

捐助機構：

主辦機構：

合辦機構：



香港賽馬會慈善信託基金



香港風濕病基金會
Hong Kong Arthritis &
Rheumatism Foundation Ltd.



香港復康會
The Hong Kong Society
for Rehabilitation
社區復康網絡
Community Rehabilitation Network