



律敦治及鄧肇堅醫院

Ruttonjee and Tang Shiu Kin Hospitals



健康資源中心-復康店

Health Resource Centre - Rehab Shop

會員申請表**Membership Application Form****申請人個人資料 Personal particulars of applicant**

姓名 Name : _____ 電話號碼 Phone No. : _____

身份証號碼 Identity Card No. : ____ X X ____ (X)

照顧者個人資料 Personal particulars of applicant's care giver

* 如由申請人之照顧者代辦，請填寫以下資料 Please fill in the following information if applied by applicant's care giver

姓名 Name : _____ 電話號碼 Phone No. : _____

關係 Relationship : _____

《聲明 Declaration》

- 1) 本人*明白此表格所提供之個人資料均正確無誤。I understand that all the personal particulars provided in this form are correct.
- 2) 本人*明白此表格所收集之個人資料只用作復康店服務用途。I understand that all the personal particulars collected in this form are used for the purpose of Rehab Shop service only.
- 3) 本人*明白會員卡不得外借或轉讓，如違者將被取消會員資格，所繳付之費用均不會退還。I understand that membership card cannot be borrowed or transferred. Offender's membership would be cancelled and paid fee would not be refunded.
- 4) 本人*已簽收會員卡。I received the membership card.

*本人即申請人或申請人之照顧者

申請人 / 申請人之照顧者簽署

Signature of applicant / care giver _____ 日期 Date : _____

職員專用 For staff use only

申請類別	<input type="checkbox"/> 新申請者 <input type="checkbox"/> 續証 <input type="checkbox"/> 補領 (\$20)			
所屬醫院	<input type="checkbox"/> 律敦治及鄧肇堅醫院 <input type="checkbox"/> 東區尤德夫人那打素醫院 <input type="checkbox"/> 貝夫人普通科門診診所 <input type="checkbox"/> 柏立基夫人健康院 <input type="checkbox"/> 西灣河健康中心	<input type="checkbox"/> 春磡角慈氏護養院 <input type="checkbox"/> 黃竹坑醫院 <input type="checkbox"/> 筲箕灣賽馬會診所 <input type="checkbox"/> 環翠政府診療所 <input type="checkbox"/> 赤柱公立醫局	<input type="checkbox"/> 東華東院 <input type="checkbox"/> 北南丫診所 <input type="checkbox"/> 柴灣健康院 <input type="checkbox"/> 鴨脷洲診所	<input type="checkbox"/> 長洲醫院 <input type="checkbox"/> 坪洲診所 <input type="checkbox"/> 索罟灣診所

會員卡編號 : _____ 收據編號 : _____ (如適用) 負責職員 : _____

會員系統資料處理

備註 : _____ 系統輸入日期 : _____