



## 會員入會表

會員編號：	(內部填寫)	入會日期：	年 月 日 (內部填寫)
姓名：	(中文)	(英文)	
出生日期：	年 月 日	長者咭： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身份證號碼： (頭4個字)
性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	籍貫：	宗教：
電郵地址：			
通訊地址：			
聯絡電話：	(日間)	(晚間)	(手提電話)
主要方言：	<input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 非廣東話(請註明)_____		
現時/以往職業：	工作狀況： <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 從未就業 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 退休		
健康狀況：(可✓多項)* <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 高 / 低血壓 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 風濕 <input type="checkbox"/> 肺病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 眼疾(如：白內障) <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 肢體傷殘 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腦退化症 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____			
教育程度：	<input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 略懂文字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大專或以上		
<b>同意公司使用其個人資料</b> 厚德護理有限公司使用閣下的個人資料(包括閣下姓名、電話、電郵及通訊地址)，作開立收據、通訊、收集意見、課程推廣之用途，有關資料將受到嚴格保密，並儲存於安全地方。本公司會循此途徑收集個人資料，除作上述用途外，將不會以任何形式出售、租借及轉讓予任何人士或組織。若本公司未得到閣下同意前，本公司不可以使用閣下的個人資料作上述用途。閣下可以隨時要求本公司停止使用你的個人資料作上述用途。本人明白自己有權申請查詢及修訂本人的個人資料，如有需要取消入會資料，本人會向厚德護理有限公司作書面申請。  <input type="checkbox"/> 本人同意上述安排 申請人簽署：_____ 日期：_____ 填表職員：_____			
如你反對上述安排，請在簽署前於下欄 <input type="checkbox"/> 內加上「✓」號表示。 <input type="checkbox"/> 本人反對厚德護理有限公司使用我提供的個人資料作上述用途。			