



香港兔唇裂顎協會

九龍橫頭磡邨宏偉樓地下 11-12 號
電話：2794 1915 傳真：2338 7924
電郵：info@cleftlip.org.hk

入會申請表

(請以正楷填寫)

家長資料：

	姓名	職業
父親		
母親		

患者資料：

患者姓名：(中文)_____ (英文)_____	職業 (如適用)：_____	
性別：男 / 女	出生日期：____年____月____日	出生醫院：_____
唇顎裂 / 其他情況：(請在所屬空格內以 "✓" 表示)		
<input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 裂牙床	<input type="checkbox"/> 皮爾羅賓症
<input type="checkbox"/> 裂唇 →	<input type="checkbox"/> 單側 <input type="checkbox"/> 雙側	<input type="checkbox"/> 小耳症
<input type="checkbox"/> 裂顎 →	<input type="checkbox"/> 全裂 <input type="checkbox"/> 不全裂	<input type="checkbox"/> 半邊小臉症

聯絡方法：

	父親	母親	本人
通訊地址			
住宅電話			
手提電話			
電郵地址			

備註：

- 1) 請同時填寫本申請表背面之附頁。
- 2) 新入會人士獲派發會員福利通告乙份，會員或家長代表請在下方簽署，以確認知悉通告內容。

簽署：_____

日期：_____

此欄由協會職員填寫

入會日期：_____ 會員編號：_____ 收據編號：_____ 認識協會途徑：_____

已查核申請人身份證明文件： 嬰兒出生證明書 香港居民身份證

< 個人資料收集及免責聲明 >

閣下有責任或可自願提供個人資料予本會，如未能提供有關資料，本會則無法處理閣下的入會申請 / 閣下的捐款發出收據作扣稅用途。以上提供的個人資料只用作處理捐款及行政用途。根據「個人資料（私隱）條例」捐款者有權查閱及修正個人資料。