



|  |
| --- |
| **健康護理學會迎新營 (223-Z00059-01) 報名表格**  **時間: 2022年8月30-31日 (星期二, 三); 地點: 大潭童軍中心** |

請於填寫本表格前參閱以下須知﹕

1. 閣下在本表格內所提供的個人資料將供**學生輔導及發展服務組**處理此申請之用。活動結束後，本組將銷毀所有資料。如需查閱及更改個人資料, 請電郵至scds@scs.cuhk.edu.hk。
2. **本活動費用為港幣 $270**
3. 請將填妥之報名表連同費用 **$270** 交回以下地點︰
   1. 中環美國銀行中心1樓報名中心
   2. 尖沙咀安年大廈13樓報名中心
   3. 尖沙咀東海商業中心地庫報名中心
   4. 將軍澳教學中心
4. 繳費辦法：
5. 支票付款， 申請人可以劃線支票或銀行本票繳付，抬頭為「香港中文大學」。
6. Visa／萬事達卡付款， 請於申請表格內填寫持卡人姓名、信用卡號碼、有效日期及簽署。
7. 易辦事 EPS / 八達通 / 支付寶 / 微信支付

學號: 就讀課程:

申請人英文姓名:申請人中文姓名:

聯絡電話: 電郵地址:

（將根據以上電郵作出通知或回覆）

緊急聯絡人: 關係: 聯絡電話:

**繳費辦法#**

* **支票號碼**

❑ **信用卡**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 信用卡號碼 |  |  |  |  | **--** |  |  |  |  | **--** |  |  |  |  | **--** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 有效日期 |  |  |  |  |
|  | M | M | Y | **Y** |
| (有效期須半年或以上) | | | | |

visaflag❑Visa ❑Master



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 持卡人姓名: | |  | | 發卡銀行: | |  | | | |
| **本人授權中大專業進修學院於上述信用卡支取費用港幣$** | | |  | | | | |  |  |
|  | | | | | | | （必須填寫） | | |
| 持卡人簽署: |  | | | | 日期: |  | | | |

**聲明#**

❑ **如缺席上述活動而未能提供合理原因及證明文件，我願意繳付此活動之全部費用（包括學校的贊助費）及不獲優先考慮參加其他活動。**

申請人簽署: 日期:

*#請於適當的方格內填上🗹號*

**Please return the form to TKO - SCDS**

**For Official Use Only**

**To be completed by Student Counselling and Development Services Section**

Form received on Handled by

Cheque No. Receipt no.

**Successful / Unsuccessful\***

Head or Delegate of SCDS (Signature) Date

*\* Please delete if inappropriate.*

健康護理學會迎新營

健康申報表

(基於保障個人私隱緣故，以下有關資料將會保密)

據本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(姓名)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(學號)所知所信，並無任何健康或其他理由導致本人不宜參加是項活動。本人健康狀況良好，並無隱瞞任何既有之健康或心理問題或過敏症。

請在適當的地方填上「White heavy check mark」號︰

你曾經或現在有以下狀況嗎?

□ 冠狀心臟病，心律不正和其他心血管疾病

□ 高血壓

□ 貧血

□ 糖尿病

□ 呼吸系統疾病, 如哮喘，慢性支氣管炎，肺氣腫

□ 癲癇症或慣性肌肉抽搐

□ 容易感到頭暈

□ 過去一個月曾經暈倒或失去知覺

□ 過去三個月骨骼, 關節或肌肉曾經受傷

□ 其他疾病或身體狀況(請列明) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*緊急聯絡人資料

姓名 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

關係 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯絡電話 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

參加者簽名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_