

經筋手療醫學會
會員申請表格

會員編號：_____

中文姓名：											
英文姓名：											
性別：	身份證號碼：										()
出生日期： 年 月 日					國籍：						
職 業：					學 歷：					血 型：	
工作機構：							職 稱：				
聯 絡 地 址：											
聯 絡 電 話：					電 郵 地 址：						
簽 署：					日 期： 年 月 日						

私隱政策聲明：

經筋手療醫學會根據香港特別行政區《個人資料(私隱)條例》策 486 章保障申請人之個人私隱，所有提交申請表格之內容，將僅用作經筋手療醫學會之會員申請用途，及醫學會與會員通訊之用，特此聲明。