

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。