



九龍尖沙咀柯士甸道西 1 號漾日居(社區設施) 1 樓 102室
 電話: (852) 3471 7000 圖文傳真: (852) 3471 7333
 網址: <http://www.hkorp.org> 電子郵件: dev@hkorp.org

入會日期: _____

會員入會表格

會員編號: _____

姓名: (中) _____ (英) _____

性別: _____ 身份證號碼: _____ () 出生日期: _____

中文地址: _____

電話: (住宅) _____ (公司) _____ (手提/傳呼) _____

電子郵箱: _____ 傳真: _____

婚姻狀況: 單身 已婚 離婚 喪偶

學歷程度: 沒有正式接受教育 小學 (____年級) 中學 (____年級)
 大專 大學 其他: _____

職業狀況: 文職 服務業 行政人員 工人 自僱人士
 輔助就業 庇護工場/綜合就業復康中心
 家庭主婦 退休 待業 其他: _____

傷殘類別: **肢體傷殘** 手(左/右) 腳(左/右) 半身癱瘓(左/右)
 四肢癱瘓 痙攣 肌肉萎縮症
 長期病患者 系統性紅斑狼瘡 強直性脊椎炎 類風濕關節 腎病
 癲癇症 腦麻痺 其他: _____

精神病康復者 精神分裂 抑鬱 狂躁 其他: _____

輔助器材: 腳架 手叉 手杖 助聽器 輪椅(手動/電動) 其他: _____

社會保障金: 傷殘津貼 領取綜援編號: _____

會籍: 傷殘(須提交證明文件,如:醫生紙、殘疾人士登記證等) 健全

我願意共同推動 / 參與 / 支持復康力量的服務及活動。

- 我希望 **報讀培訓課程**
 接受公開就業服務
 加入本會義務工作
 參與機構實習訓練 (電話訪問 / 市場調查 店務員訓練 設計及排版 文職訓練)

其他資料提供: _____

申請人簽署: _____

日期: _____

- ❖ 加入本會不須繳付年費。
- ❖ 會員個人資料只供本會作查閱及統計之用途,資料絕對保密。