



此表格不適用於報讀急救課程及工作坊

課程及考試申請表格

| | | |
|---|--|-------|
| 課程編號 | | |
| 考試編號 | | |
| 總費用 | 港幣\$ | |
| 如報讀體適能基礎證書課程或有關考試者，必須連同中五或以上學歷證明副本一併遞交。 | | |
| 付款方式： | <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> 劃線支票 號碼：_____ | |
| <p>*劃線支票抬頭為「中國香港體適能總會有限公司」 背面寫上申請人姓名、聯絡電話、身份證號碼及所報讀之課程/考試編號。</p> | | |
| 個人資料 <i>* 下列每項均必須填寫 *</i> | | |
| 會員資格 | <input type="checkbox"/> 會員 (<input type="checkbox"/> 個人/ <input type="checkbox"/> 學生/ <input type="checkbox"/> 團體) 會員號碼： _____ | |
| | <input type="checkbox"/> 非會員 <input type="checkbox"/> 會員申請中 | |
| 姓名 (必須與身份證相同) | 中文 | |
| | 英文 | |
| 身份證號碼 | X X X (X) | |
| 出生日期 | 年 月 日 | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 學歷 | <input type="checkbox"/> 中五 <input type="checkbox"/> 大專或以上 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)： _____ | |
| 職業 | | |
| 聯絡方式 | 住宅電話： | 電郵地址： |
| | 手提電話： | |
| | 通訊地址： | |
| <i>請用英文/中文正楷清楚填寫電郵及通訊地址</i> | | |
| 其他資歷 | <input type="checkbox"/> 本會體適能基礎證書 <input type="checkbox"/> 急救證書 <input type="checkbox"/> 導師證書 (請註明： _____) <input type="checkbox"/> 其他 (請註明： _____) | |
| 下方簽署以 | * 本人同意上述申報之個人資料及原因均為屬實，亦已詳細閱讀及明白報名須知內容並同意遵守。 | |
| 同意右方 | * 本人已知悉並同意中國香港體適能總會收集並持有以上所填寫的資料作日常運作之用。 | |
| 聲明： | * 本人同意參加上述工作坊，並明白若在工作坊中發生任何意外或財物損失，一概與本會及主辦機構無關。 | |
| 填寫日期： | 申請人簽署： _____ | |

