



NEWSTART 新起點學員會 -登記表格-

FORM: NS-A/AP

個人資料 (請勾合適之方格)		
英文姓名 :	中文姓名 :	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
日間聯絡電話 :	出生日期 :	D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y
電郵地址 :	傳真 (如有) :	
通訊地址 (可選擇填寫) :	地區: <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 九龍 <input type="checkbox"/> 新界	

請勾合適之方格	
是否曾參加本院舉辦的新起點健康實踐計劃、海外之旅及健康營 (日營除外) ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否「荃」城健康巡禮會員 / 荃灣區居民 ? (如有, 請寫下會員編號: _____)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

個人資料聲明	
A. 本人明白醫院只可以在獲得本人同意的情況下, 藉郵件、圖文傳真、短訊、電子郵件或其他形式的傳訊, 或通過電話通話, 向本人提供與醫院服務或健康訊息有關的資料。本人明白, 本人可以隨時藉郵件、電子郵件、電話通話或其他形式的傳訊, 通知醫院停止使用本人的個人資料來提供與醫院服務或健康訊息有關的資料。同時, 醫院不會因此向本人收取費用。	
B. 本人特此聲明, 上述所提供的資料正確無誤。若本人未能提供足夠個人資料, 中心可能無法處理有關服務的申請; 本人亦明白如有任何資料改動, 本人有責任儘快通知中心, 如因資料不足而引致服務提供之延誤, 需由本人負責。	
C. 除個人資料 (私隱) 條例特定的豁免範圍外, 本人知道有權透過申請以查閱及更正中心所存有有關本人的個人資料。本人明白可於辦公時間內 (星期一至五: 上午 8 時至下午 5 時) 致電 2275 6338, 與中心職員作出查詢及申請。	
D. 本人已細閱並同意以上聲明。	

本人同意提供有關個人資料以接收中心通訊 (請選擇其中一種方法勾) :

WhatsApp 郵寄地址 電郵地址: _____

本人不願意接收中心通訊。

參加者簽署: _____ 簽署日期: _____

健康生活促進中心職員專用			
收表日期		負責同事	
會員類別	<input type="checkbox"/> 普通會員 <input type="checkbox"/> 學員 <input type="checkbox"/> 榮譽	會員編號	