



香港手力急救協會

九龍彌敦道335號高怡醫務中心5樓A 電話：2782 7415
web site: www.afahk.org.hk

近照

1" x 1"

中/英文姓名：_____ 身份証/ 護照號碼：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

出生日期：_____

英文地址：_____

電話：住宅 _____ 辦事處： _____ 手提電話： _____

電郵地址(E-MAIL)： _____

辦事處名稱及地址： _____

職業： _____ 職位： _____

教育程度 (請在適當內加號)

小學 中學 大專或大學 其他 _____

專業資歷： _____

曾參加本會主辦課程	年份	證書號碼
手力急救班		
高級手力急救班		
十四經絡班/經絡穴位班		
手力急救教師證書課程		
本會舉辦其他課程 (請註明課程)		

本人有興趣參與 (一) 教授工作 (二) 行政工作 (三) 刊物/編輯
(請在適當內加號)

*請將不適用者劃去 申請人簽名：_____ 日期：_____

請填妥此表格連同劃線支票，抬頭人『香港手力急救協會』或

『THE ACUPRESSURE IN FIRST AID FEDERATION HONG KONG』

寄回九龍彌敦道335號高怡醫務中心5樓A，香港手力急救協會收。

普通會員：年費港幣 HK\$50，永久會員會費 HK\$500

評核員及執行委員：年費港幣 HK\$100，永久會員會費 HK\$1000

Rev.02/2007

請填妥下列空格

姓名： 地址：

姓名： 地址：
