

申請人姓名 : _____ 電話 : _____

個人通訊地址 : _____

電郵 : _____ (我們會透過電郵, 傳送有關優惠資料)

所屬教會/機構 : _____ 申請人職位 : _____

- 基督教教會/機構之全職或半職的受薪教牧同工(如: 牧師、傳道人、神學院講師), 可申請成為 Class C 會員。
- 基督教教會/機構之全職或半職的受薪同工(非教牧)或現有 Care Club 會員之直系親屬(包括配偶、父母及年齡未滿十九歲的子女), 可申請成為 Class A 會員。

申請		姓名 (請以正楷填寫)	性別	身份証 號碼	聯絡電話	出生 日期	主咭人 姓名及 關係	電郵地址
<input type="checkbox"/> 主咭人 <input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續會	中: 英:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日		
<input type="checkbox"/> 主咭人 <input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續會	中: 英:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日		
<input type="checkbox"/> 主咭人 <input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續會	中: 英:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日		
<input type="checkbox"/> 主咭人 <input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續會	中: 英:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日		
<input type="checkbox"/> 主咭人 <input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續會	中: 英:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日		
<input type="checkbox"/> 主咭人 <input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續會	中: 英:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日		

申請人簽署 : _____

申請日期 : _____

教會蓋章 : _____

注意事項

1. 年費為每位港幣\$50。會籍由簽發日起計一年內有效。
2. 申請表必須有教會蓋章。
3. 請將表格連同年費\$50 支票(抬頭「播道醫院」或「Evangel Hospital」)寄回九龍亞皆老街 222 號播道醫院企業傳訊及業務推廣部。
4. 申請人必須是本計劃之參加者, 其家屬方可申請; 子女若年滿 19 歲, 需自行獨立申請。
5. 如因遺失或損毀而須補領會員証, 本院將收取行政費港幣\$25。
6. 如對本申請有任何爭議, 播道醫院保留最終決定權。
7. 優惠條款如有更改, 恕不另行通知。

SF-CMD011Jan18v04