



路德會石硤尾失明者中心

香港路德會社會服務處

SHEK KIP MEI LUTHERAN CENTRE FOR THE BLIND

HONG KONG LUTHERAN SOCIAL SERVICE LC-HKS

九龍深水埗巴域街石硤尾邨 21 座 135-140 號地下

電話：2776 0033 傳真：2776 4951 24 小時熱線：2776 0034 電子郵箱：r01@hklss.hk

會員入會申請表

會員類別(請選適用) 視障(全失明) 視障(弱視)
 家屬 -- 視障會員姓名及關係：_____

義工

姓名：(中文) _____ (英文) _____ 性別：男 / 女

地址：_____

電郵地址：_____ 身份証號碼：_____

電話：(住宅) _____ (手提) _____

出生日期：_____ 職業：_____

教育程度： 小學或以下 中學 大專或以上 其他(請註明)：_____

婚姻狀況： 未婚 已婚 (配偶姓名 _____) 離婚 鰥寡

生活狀況： 獨居 與家人同住 其他(請註明)：_____

宗教信仰： 基督教 天主教 佛教 道教 沒有

其他(請註明)：_____

是否有領取綜援： 有 沒有

是否有領取傷殘津貼： 有 沒有

緊急聯絡人 / 監護人姓名：_____

緊急聯絡人 / 監護人電話：_____ 關係：_____

中心服務介紹： 語音版 / VCD 文字版 口頭介紹 點字版

私隱保護： 上述個人資料，只作中心安排活動及聯絡之用，除事先獲有關人士同意或法定需要外，不會向外界洩露。

申請人簽署：_____ 日期：_____

職員簽署：_____ 日期：_____

請將會員費存入香港上海滙豐銀行戶口 444-017420-001 或 填寫支票抬頭“路德會石硤尾失明者中心”，將入款收條/支票連同申請表寄回本中心。

會員編號：_____
收據號碼：_____ / \$
更新人員：_____
更新日期：_____ / _____ / 20