



# 聖公會樂天倫賭博輔導暨健康家庭服務中心 會員申請表格

地址：澳門林茂海邊大馬路 415 號信愉花園地下及一樓 AR/C 電話：2855 6818 圖文傳真：2855 6203 電郵：gcfw@skhwc.org.mo

\*中文姓名：\_\_\_\_\_ \*外文姓名：\_\_\_\_\_ \*身份證號碼：\_\_\_\_\_

\*電話號碼(手機)：\_\_\_\_\_ 電話號碼(住宅)：\_\_\_\_\_

\*聯絡地址：\_\_\_\_\_

\*電郵地址：\_\_\_\_\_

\*出生日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歲) \*性別： 男  女

婚姻狀況： 1.未婚  2.已婚  3.其他(請註明) \_\_\_\_\_

職業狀況： 1.在學(就讀學校：\_\_\_\_\_ 就讀年級：\_\_\_\_\_ )  2.待學

3.在職(\*博彩從業員專用: 任職公司 \_\_\_\_\_ 職位 \_\_\_\_\_ )

4.家庭主婦  5.待業  6.退休  7.其他(請註明)

教育程度： 1.小學以下  2.小學 \_\_\_\_\_ 年級  3.中學 \_\_\_\_\_ 年級

4.大專或以上  5.其他:(請註明) \_\_\_\_\_

緊急聯絡人資料:

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

地址(如與申請人不同，請填聯絡地址)：\_\_\_\_\_

\*接收本中心有關資訊： 是 (  郵寄  E-mail )

否

本人(即下方簽署人) 同意提供上述個人資料作為申請會員之用途。

申請人/家長/監護人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

註：如申請者為12歲或以下，由家長或監護人簽名

\*以上個人資料只供中心作郵寄通訊或電話聯絡更新活動資料用。

中心職員專用

入會/續證日期：\_\_\_\_\_ 職員簽名：\_\_\_\_\_

申請者在入會時已 / 將會參與的活動類別

1. Fun Club  2. 智醒少年  3. 澳門國際青年獎計劃  4. 其他

備註：\_\_\_\_\_

