



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：_____

