



香 港 視 網 膜 痘 變 協 會

RETINA HONG KONG

電話 (852) 2708 9363 電郵 info@retina.org.hk
傳真 (852) 2708 8915 網址 www.retina.org.hk

香港九龍長沙灣麗閣邨
麗萱樓地下101號 | 101, G/F, Lai Huen House, Lai Kok Estate,
Cheung Sha Wan, Kowloon, Hong Kong.

會員編號：_____
(由本會填寫)

會員申請表

備註： 填妥表格後，請 WhatsApp (9344 3882)、傳真 (2708 8915)、電郵 (info@retina.org.hk) 紿本會
或致電 2708 9363 與職員聯絡。

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： 男 女

身份証號碼或旅行證件：_____ (只需首 4 位數字或字母) 類別：_____

通訊地址：_____

學歷： 小學 中學 大專或以上 其他：_____

居住情況： 獨居 與家人同住 其他：_____

聯絡電話： (手提) _____ (日) _____ (夜) _____

電郵地址：_____

Facebook：_____

職業：_____ 入會介紹人：_____

緊急聯絡人姓名：_____

緊急聯絡人電話：_____ 與申請人關係：_____

病變類別： 視網膜色素變性 老年性黃斑病變 深近視黃斑病變
 糖尿黃斑水腫 息肉狀脈絡膜血管病變 視網膜靜脈阻塞 (眼中風)
 尤塞氏綜合症 斯特格病變 巴比二氏綜合症
 萊伯氏先天性黑蒙 其他 (請註明) _____

申請會籍類別： F 基本會員 (病人 / 病人直系親屬) PF 永久基本會員
 A 贊助會員 PA 永久贊助會員



香港視網膜病變協會

RETINA HONG KONG

電話 (852) 2708 9363 電郵 info@retina.org.hk
傳真 (852) 2708 8915 網址 www.retina.org.hk

香港九龍長沙灣麗閣邨
麗萱樓地下101號 | 101, G/F, Lai Huen House, Lai Kok Estate,
Cheung Sha Wan, Kowloon, Hong Kong.

需要使用助視器材： 是 否

(可選擇多項)

手杖 光學鏡片 電腦放大軟件 電子助視器材

其他： _____

已領取傷殘津貼： 是 否 殘疾人士登記證號碼： _____

入會目的： 獲取資訊 結識病友 接受復康訓練 文康活動

(可選擇多項)

義工服務 推行公眾教育 關注政策權益

其他 (請註明) _____

繳交會費： 港幣 \$50 (1年) 港幣 \$200 (5年) 港幣 \$500 (永久)

附診療證明文件： 是 否

本人以上填報之資料均屬實無誤，並認同及願遵守 貴會會章，同時授權 貴會向有關機構核實本人病歷資格，現申請成為 貴會會員。

申請人簽署： _____

申請日期： _____

*收集個人資料聲明：

你所提供的個人資料是自願性的。若你未能提供足夠個人資料，本會將不能處理有關入會申請。你的個人資料將會保密處理，本會只會使用你的個人資料用作處理入會手續、發放會員通訊及相關活動訊息等用途。

在未得到你的同意下，我們絕不會向外披露你的個人資料。

你有權要求查閱及修正我們所持有關於你的個人資料，如你希望查閱或修正我們所持有關於你的資料，請電郵: info@retina.org.hk。

(以下由本會使用)

理事會審定： 同意申請人成為會員 不同意申請人成為會員

理事會代表簽署： _____

理事會代表姓名： _____

批核日期： _____

application_form2025 (ver4)