



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 101, G/F, Lai Huen House, Lai Kok Estate,  
麗萱樓地下101號 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](mailto:info@retina.org.hk)) 給本會  
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 101, G/F, Lai Huen House, Lai Kok Estate,  
麗萱樓地下101號 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)