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.

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) 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

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

通訊地址：_____

_____

聯絡電話：(手提) _____　(日間) _____

☐ 本人希望透過郵寄接收會訊

☐ 本人同意接收 WhatsApp 短訊　接收 WhatsApp 電話號碼：_____ (如與上面不同)

電郵地址：_____

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：_____

職　　業：_____　入會介紹人：_____

緊急聯絡人姓名：_____　與申請人關係：_____

緊急聯絡人電話：_____

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) _____

附診療證明文件：☐ 是　☐ 否

需要使用助視器材 (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：_____

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.

入會目的 (可選擇多項)：☐ 獲取資訊　☐ 結識病友　☐ 接受復康訓練　☐ 文康活動
☐ 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 $500 (永久)

若申請人有直系親屬 (只限父母、子女或配偶關係) 為本會會員，請填寫以下資料。

親屬會員姓名：_____　與申請人關係：☐ 父母　☐ 子女　☐ 配偶

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

會籍：☐ F 基本會員　☐ PF 永久基本會員　☐ A 贊助會員　☐ PA 永久贊助會員

理事會代表簽署：_____

理事會代表姓名：_____

批核日期：_____

application_form2026 (ver7.4)