



香港免疫針關注協會

Hong Kong Vaccine Awareness League

Membership Application Form 會員申請表

PERSONAL INFORMATION OF APPLICATION 申請人個人資料

CHINESE NAME 中文姓名： _____

ENGLISH NAME 英文姓名： _____

DATE OF BIRTH 出生日期(D 日 M 月 Y 年)： _____

MALE 男 FEMALE 女 ID NO. 身份證號碼： _____

ADDRESS 住宅地址

DISTRICT 地區： HK 香港 KLN九龍 NT新界

HOME TEL 住宅電話： _____ MOBILE 手提電話： _____

EMAIL ADDRESS 電郵地址

網址: www.hkval.org

電郵: contactus@hkval.org

電話: (852) 2631 9298

TERMS AND CONDITIONS

1. Membership application Qualification:

One who concerns about vaccine issues.

2. Applicant must submit Two photos.

3. If there is any dispute, must be subject to HKVAL Membership rules and relevant announcement, HKVAL reserves the right of final decision.

條款細則

1.會員之申請資格:

凡關注免疫針及支持的人士均可申請

2.申請者於遞交申請表之同時必需提交近照兩張。

3.如有任何爭議，皆以本會之會員守則及相關公佈為準，另本會保留對一切條例最終之修改及決定權。

MEMBERSHIP FEE HKD 100 per year

會員年費 港幣100元

繳費方法：1. 現金/支票

2.存入中信嘉華銀行戶口: 703-2189695 (銀行收據請以傳真或電郵致本會確認)

My signature indicates that I have read this form before signing the application and I agree to accept all the terms and conditions.

本人簽名確認已細閱及同意接納本申請表所述之事項。

APPLICANT SIGNATURE 申請人簽署

DATE 日期: D 日 M月 Y年

****This section fill by the association 此欄由本會填寫**

Accept 批核: Yes 是 No 否

Remarks 備註: _____

Member No. 會員號碼: _____ Date 日期: _____