

香港明愛思健學院 入學申請表

個人資料

\* 請刪去不適用者

請在合適的方格內加✓

請用中文正楷填寫此表格

申請人姓名 (中文) (英文)  
(依照香港身份證及正楷填寫)

香港身份證號碼 / 護照號碼

出生日期

日 月 年

性別\* 男/女

國籍：

通訊地址

香港/  九龍/  新界

日間聯絡電話

流動電話號碼

電子郵箱(E-mail)

沒有

教育程度

小學  中學  大專或以上

職業

全職  半職  不適用

如何得悉明愛復元學院的課程/資訊

單張/海報

電子媒體

網頁/社交平台/朋友/親友介紹

社工介紹

醫護人員介紹

中心職員

其他(請註明：\_\_\_\_\_)

以下哪些句子形容你最合適？(可選擇多於一項)

- 復元人士
- 復元人士家屬/照顧者/親友
- 關注精神健康人士
- 康復服務的職員
- 明愛精神健康綜合社區中心會員 (會員編號：\_\_\_\_\_ )
- 其他 (請註明：\_\_\_\_\_ )

緊急聯絡人：\_\_\_\_\_ 與申請人關係：\_\_\_\_\_

緊急聯絡人電話號碼：\_\_\_\_\_

#### 聲明

1. 本人謹此聲明在本申請表及附件中填報之資料正確及完備。如有任何變更，本人將會立刻知會貴學院。本人明白若填報之資料失實，貴學院將保留取消報讀課程的權利。
2. 本人明白在註冊後，有關資料將成為學生紀錄，而香港明愛思健學院可利用該等記錄作登記、課程報名、寄發通訊、活動邀請、意見收集、行政參考或寫術之用。
3. 本人明白並接受本聲明的內容，並按遞交表格作實。

#### 【個人資料收集】聲明

1. 除個人資料(私隱)條例所訂明的豁免外，你有權查閱及更正你的個人資料。
2. 查閱或更改資料，須以書面提出有關要求，並寄回：新界荃灣西樓角路 1-17 號新領域廣場 13 樓 1315 室，信封面請註明「查閱及/更改資料：香港明愛 思健學院」。

**如不欲收到學院資訊，請與本學院職員聯絡。**

\*\* 本人已閱讀上述的登記聲明並同意相關安排

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

此欄由香港明愛思健學院職員填寫

收表日期：\_\_\_\_\_ 學生編號：\_\_\_\_\_

收表職員：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_

已入電腦

備註

---

表格完