



< 報名表格 >

課程名稱： _____
 課程編號： _____

Office Use		
App:	Date:	Handle by:

個人資料 註:有 *者為必須填寫

*姓名：(中文) _____ *(英文) _____
 *香港身份證/護照號碼(頭四位數字)： _____ *出生日期： _____ *性別： _____
 *通訊地址： _____
 *住宅電話： _____ *手提電話： _____ *電郵地址： _____ 教育程度： _____
 現時職業及職位： _____ 任職機構名稱： _____
 孩子資料 姓名： _____ 出生日期 / 預產期： _____ 如有任何疾病，請說明： _____

緊急事故聯絡資料

*聯絡人姓名： _____ *與申請人關係： _____ *聯絡電話： _____

如何得知本課程

本公司網址 私家醫生或診所 公立 / 私家醫院 親友介紹
 幼稚園 / 學校 / 老師 網上搜尋 / 廣告 報紙 / 雜誌 / 平面廣告 非政府機構 / 地區中心
 專業團體 / 組織 病人資源中心 / 互助組織 其他： _____ [請註明]

付款資料 (如為免費課程則不用填寫)

隨信附上劃線支票，支票號碼： _____ 支票銀行： _____ 抬頭寫上「麥堅時綜合治療及復康中心有限公司」
 隨信傳真銀行入數紙 (本公司匯豐銀行帳戶：112-276233-838)，傳真予 2180-8776
 親身到本公司繳交費用

注意事項

1. 課程一經報名及繳費，除課程取消外，所繳之費用將不獲退回；
2. 申請者同意並遵守「課堂須知」(http://www.marehab.com.hk/training/html/about_rules.html)內所列之條款及細則；
3. 「麥堅時」保留一切收生、課堂資料變更及如因報讀人太少而取消課程之權利；
4. 我們承諾保護閣下所提供的個人資料。如有任何查詢或疑問，歡迎與我們聯絡。

由於地方有限，除課程訂明的人數以外，如欲帶同更多親友出席，敬請列明當日希望出席的人數。如因人數眾多，本公司有權拒絕課程訂明以外的人士參與，請填上當日擬出席人數(包括申請人本人及孩子)： _____

申請人姓名： _____

申請人簽署： _____

申請日期： _____

Integrative Therapy Centre • Domiciliary • Corporate Services • Training & Seminars | 綜合治療中心•家居•企業•培訓服務

- Physiotherapy 物理治療
- Occupational Therapy 職業治療
- Private Nursing Services 護理及陪月服務
- Speech Therapy 言語治療
- Childhood Education & Playgroup 幼兒教育
- Corporate Wellness & Coaching 企業健康計劃
- Psychotherapy & Counseling 臨床心理治療及輔導
- Nutrition & Dietetic Services 營養顧問及諮詢
- Professional Development Courses 專業發展課程