



急救課程報名表

課程編號： _____

費用： _____

英文姓名： _____

中文姓名： _____

(請參照身份証上的次序)

性別： _____

身份証號碼： _____

出生日期： _____

通訊地址： _____

住宅電話： _____

手提電話： _____

公司電話： _____

職業： _____

電子郵箱地址： _____

協辦機構會員： (如適用) _____

簽署： _____

報名日期： _____

備註：

- ◆ 閣下所提供的個人資料，將會提供予聖約翰救傷會作辦理課程登記或日後聯絡之用，提供之個人資料純屬自願，如資料不充分或不正確，本學院可能無法或延遲閣下的申請。
- ◆ 手續一經辦妥，學員不可申請調班，所繳之費用概不退回。
- ◆ 報名費可以支票（抬頭為 Institute of Holistic Healthcare）連同報名表格寄交中環德輔道中 20 號德成大廈 5 樓 508 室 或
直接存入本學院恒生銀行戶口：395-116619-883 並將收據連同報名表傳真至 21258825 或電郵至 info@iholistic.org