

Membership Application Form 會員申請表格

Name 姓名： (English) _____ (中文) _____

ID No. 身分證號碼： _____ Date of birth 出生日期： _____

Education 教育程度： _____ Sex 性別： ☐ 男 ☐ 女

Tel 電話： _____ Mobile phone 手提電話： _____

Email 電郵地址： _____

Address 地址： _____

Membership 會員類別： ☐ A. 榮譽委員 ☐ B. 執行委員 (HK\$300 (每年))
☐ C. 會員 (HK\$200 (每年)) ☐ D. 附屬會員 (HK\$100 (每年))

請列出曾修讀之心理資格或同等的心理課程取得的資格 (本會有權要求出示證書副本核實)：

聲明：

- ☐ 本人現申請加入『香港心理健康協會』之會員計劃，確認所填寫之報名資料正確無誤。而本人已詳細閱讀，並了解和同意遵守『會員守則』。
- ☐ 本人同意透過電郵收取有關學員之所有資料及宣傳。

申請人簽署

填妥申請表後連同有關會費，支票抬頭『香港心理健康協會』，寄回本會辦事處地址，
信封面請註明【香港心理健康協會會員申請】
香港金鐘道 89 號力寶中心第二期 2402A 室
查詢電話：852-2111-8141 傳真：852-2111-0047

FOR OFFICE USE

入會日期： _____ 會員編號： _____

已付費用： _____ ☐ 現金 ☐ 支票 核准人簽名： _____