香港聾人福利促進會 聽障青年支援網絡

HISN 室內射擊 (CQB)　TSW/A61-5　參加表格

參加者姓名	性別	是否 4-7 月份生日		報名紀錄 **(由本會填寫)**						
				收費中心			收取費用	收據編號	收費日期	負責職員
		是	否	TKOC	HKC	NTC				

聯絡方法：手提電話：_____(SMS)　備註：_____

*如需緊急事故，請電：_____(必須填寫)，與_____ (姓名)聯絡，與參加者關係：_____

聲明

1. 本人明白於活動過程中由工作人員所拍攝之照片及影片有可能用於香港聾人福利促進會宣傳、通訊刊物及網頁之用，並不作另行通知，若有任何意見可以書面向中心提出。另上列參加者均為身體狀況良好，適合參加是次活動。
2. 大會有權按活動需要作出內容修改，參加者不得異議。

參加者簽署：_____(18 歲以下申請人，請由家長 / 監護人填寫以下部份)　日期：_____

家長/監護人簽署：_____　日期：_____

家長/監護人姓名：_____　先生 / 女士 / 小姐與申請人關係：_____

聯絡電話：_____　傳真：_____

注意： 1. 報名表內所填寫之個人資料只供本會作通訊及統計之用，參加者可向中心查詢或修改。

2. 如需要特別安排，請參加者在報名時列明於報名表上及口頭通知報名職員，安排與否，由大會決定。

* 請將填妥之表格寄回將軍澳尚德邨尚美樓 6 樓「香港聾人福利促進會將軍澳社交及康樂中心」，

封面註明「報名參加聽障青年支援網絡 - 室內槍戰(CQB)」收，或電郵至hisn@deaf.org.hk，或傳真至2761 4390。