

參加者姓名	性別	手語翻譯服務		報名紀錄 (由本會填寫)			活動編號：TSW/A13-4	
				收表中心			日期	負責職員
		要	不要	TKO	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。
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—澳門聾人協會與 HISN 交流活動」收，或電郵至 hisn@deaf.org.hk，或傳真至 27614390。