

「同舟」「奇遇」聖誕夜

參加表格 (*請以✓表示)

參加者姓名	與參加者關係	性別	年齡	HISN會員是/否	手語翻譯		集合及解散安排(請選擇)				收費 (由本會填寫)					
							集合		解散		收費	收據編號	中心			日期
					要	不要	5:00 青衣集合	自行前往	乘坐旅遊巴	自行離開			將軍澳	香港	新界	
1	X															
2																

聯絡方法：參加者(1) 手提電話：_____ 電郵：_____

參加者(2) 手提電話：_____ 電郵：_____

從何途徑得知「同舟」「奇遇」聖誕夜 活動?

朋友介紹 社工介紹 學校介紹 香港聾人福利促進會之通訊 其他(請註明：_____)

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：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。

聲明：活動過程中由工作人員所拍攝之照片有可能用於本會宣傳及通訊之用，本會不作另行通知，若參加者有任何意見，請以書面向中心提出。

*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「關注聽障支援網絡」收，或電郵至 hisn@deaf.org.hk，或傳真至 27614390。