

參加者姓名	性別	手語翻譯服務		報名紀錄 (由本會填寫)				
		要	不要	收費中心	收取費用	收據編號	收費日期	負責職員

聾福會員編號：_____ 聯絡方法：手提電話：_____ (SMS) 備註：_____

*如需緊急事故，請電：_____ (必需填寫) 與 _____ (姓名) 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及其他機構的通訊刊物或網頁作公開播放之用，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-【藝術治療工作坊】活動」收，或電郵至 hisn@deaf.org.hk，或傳真至 27614390。

HISN【藝術治療工作坊】活動

此部份由參加者保存

1. 參加者請提早 15 分鐘到達活動地點集合，地址為灣仔皇后大道東 43-59 號東美中心 8 樓，逾時不候；
2. 活動時請大家以安全為上，嚴格遵守指示，否則將會被取消參加資格；
3. 本會有權按活動需要作出內容修改，參加者不得異議；
4. 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；
5. 天雨安排：活動前兩小時天文台懸掛紅色或以上暴雨警告、八號或以上熱帶氣旋警告訊號，大會將以短訊通知活動取消。
6. 當天所有活動拍攝之照片及影片均有可能用於通訊刊物或網頁作公開宣傳之用，不作另行通知。