



香港專業護理學會
Hong Kong Society of Professional Medical Care
香港專業護理學院
Hong Kong College of Professional Medical Care



課程報名表格
Enrolment Form

申請報讀課程 Course Applying for	
上課日期 : _____	
_____ Name of Course (課程名稱)	_____ Course Reference (課程編號)

For office use only
E P ID Cert Receipt Check

個人資料 Personal Particulars (*請將不適用刪除)			
_____ 英文全名 Full Name in English		_____ 中文姓名 Name in Chinese	
_____ 出生日期 Date of Birth	_____ 香港身份證號碼 HKID No	_____ 性別 Sex	_____ .Facebook 帳號
_____ 聯絡電話 Tel. No.	_____ 緊急聯絡電話	_____ 電郵地址 E-Mail	
_____ 住址 Residential Address			

相片

(請在相片背面寫上姓名)

學歷/專業資格 (按日期順序列出) Academic/Professional Attainment(In Chronological Order)				
Date of Obtained (領授日期)	Academic / Professional Qualification Held (學歷 / 持有的專業資格)	Issuing Authority (頒發機構)	Subjects Passed and Level Attained (合格科目及獲取程度)	
Month 月	Year 年			

工作經驗 Working Experience (In Chronological Order)			
Date(日期)	Name of Organisation and Position Held (機構名稱及職位)	Full or Part-time (全職或兼職)	Major Responsibilities (主要職責)
Month 月	Year 年		

如空位不敷填寫，請另紙詳列資料 Please give details on a separate sheet when there is insufficient space for completion.

急救/護理訓練 (First Aid / Nursing Training)
<input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 曾於香港專業護理學會報讀之課程 (課程編號: _____) <input type="checkbox"/> 急救證書簽發日期: _____

所繳之學費恕不退還及更改

For office use only
CA / CH / TSF

簽署 Signature : _____ 日期 Date : _____