



香港專業護理學會 Hong Kong Society 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)

學員報名時請注意
注意: 報名程序確認後如需轉班,任何課程都是劃一需繳交 \$500 轉班費

個人資料 Personal Particulars (*請將不適用刪除)				相片 (請在相片背面寫上姓名)
英文全名 Full Name in Eng. (須與身份証相同)		中文姓名 Name in Chinese		
出生日期 Date of Birth	香港身份証號碼 HKID No	性別 Sex	Whatsapp 電話號碼	
聯絡電話 Tel. No.	緊急聯絡人電話			
住址 Residential Address				

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 (全日或兼讀)	Major Responsibilities (主要職責)
Month 月	Year 年		

如閣下是護士 / 醫生 / 專職醫護人員必須註名於報名表, 以便發出相關 CNE / CME / CPD 證書

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: _____

For office use only
CA / CH / TSF

****所繳之學費恕不退還及更改****

簽署 Signature : _____ 日期 Date : _____