



FOR OFFICE USE ONLY
Membership
No :
Admission
Date:
Approved by :

香港骨髓移植復康會有限公司
THE HONG KONG BONE MARROW TRANSPLANT PATIENTS' ASSOCIATION LIMITED
會員/附屬會員申請表
Membership Application Form

基本會員 附屬會員
Full Member Associate Member
姓名 性別 男 女
Name 中文 : _____ English : _____ Gender: M F
出生日期 職業 教育程度
Date of Birth: _____ Occupation: _____ Education: _____
HDD /月MM /年YYYY

病類 : 急性骨髓性白血病 Acute Myeloid Leukemia (AML) 慢性骨髓性白血病 Chronic Myeloid Leukemia (CML)
Diagnosis : 急性淋巴性白血病 Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) 慢性淋巴性白血病 Chronic Lymphoblastic Leukemia (CLL)
 淋巴瘤 Lymphoma 多發性骨髓瘤 Multiple Myeloma
 何杰金氏 (HL) 非何杰金氏 (NHL) 骨髓增生異常綜合症 Myelodysplastic Syndromes (MDS)
 其他(請註明) Other (please specify) _____

骨髓移植日期 骨髓移植地區 / 醫院 骨髓移植編號
Date of BMT: _____ City/Hospital undertaken BMT: _____ BMT No. : _____
HDD /月MM /年YYYY

骨髓移植類別 親屬 非親屬 自體
Category of BMT : Relative Non-Relative Autologous

居住 / 聯絡地址 Residential / Contact Address :
中文 : _____
English : _____

住宅電話Tel: _____ 手提電話Tel: _____ 電郵 Email : _____

* 本人有意參與義工工作 I would like to be a volunteer of the Association 是 Yes 否 No
* 本人願意成為癌協服務使用者並由負責職員與我聯絡 . 是 Yes 否 No
I agree to accept services provided by Cancerlink and to be contacted by their staff

本人願意申請成為「香港骨髓移植復康會」會員/附屬會員，並同意遵守會員規條。

I wish to apply for membership of **THE HONG KONG BONE MARROW TRANSPLANT PATIENTS' ASSOCIATION** and in the event of being accepted, I hereby agree to be bound by the Memorandum & Articles and By-laws of the Association.

簽名 _____ 日期 _____
Signature Date

請將填妥的申請表電郵或寄至本會地址香港九龍黃大仙下邨龍昌樓C翼地下2-8號
Please fill the form and mail to Unit 2-8, Wing C, G/F, Lung Cheong House, Lower Wong Tai Sin Estate, Kowloon, Hong Kong

電郵 Email: bmtpa1993@yahoo.com.hk
網址 Website: www.bmtpa.org.hk

電話 Telephone : 3656 0822
熱線 Hotline : 6239 0025