

A. 個人資料

姓名(中)：	姓名(英)：
出生年份：	性別：
香港身份證號碼(首四位數字)：	手提電話：
住址(中)：	

B. 申請資料

1. 您於以下哪一間醫院的腎科專科門診覆診？(請提供覆診紙副本)

- 瑪麗醫院 東華醫院 東區醫院 伊利沙伯醫院
 聯合醫院 將軍澳醫院 瑪嘉烈醫院 仁濟醫院
 威爾斯親王醫院 屯門醫院 博愛醫院 天水圍醫院

2. 您是否綜援(CSSA)受助人？

- 是 否

3. 您是否腎友聯團體會員的正式會員？

- 是，屬會名稱： _____ 會員編號： _____
 否

4. 您現時接受的治療？

- 腹膜透析 血液透析 已接受腎臟移植

5. 請簡述申請資助計劃的原因？

C. 申請人聲明

本人 _____ (中文姓名) 謹此聲明，所提交的資料及文件均屬真確無訛，明白及同意貴會可向有關機構查問或瞭解本人的資料，本人明白如貴會發現本人有任何不實或呈報虛假資料，貴會可隨時終止對本人的資助，並要求本人以原價購買有關的血壓計。

備註：

1. 如你欲更正或查詢你的個人資料，請透過書面與本會聯絡。
2. 如你未能於本表格清楚提供所需的個人資料，本會可能無法安排閣下參加上述計劃。
3. 你提供的個人資料，除獲主辦及協辦機構授權人員外，將不會提供予其他人士及單位。
4. 本人同意授權予主辦及協辦機構使用本人之肖像及個人資料作計劃進展及提交報告之用。
5. 本人明白所提供的個人資料，只用作申請、評估、統計、聯絡及撰寫計劃報告之用。
6. 本人明白及同意主辦機構保留修改計劃細節的權利及最終決定權，無須事前通知。
7. 如你對資助計劃有任何疑問及查詢，請於辦公時間致電81000821與本會聯絡。

申請人姓名(中文)： _____

申請人簽署： _____

申請日期： _____