

上課地點：彩虹 / 灣仔 /

香港聾人協進會

長沙灣 / 旺角

手語 初 / 中 / 高 階課程

上課日期：_____ 逢星期 _____ 早上 / 下午 / 晚上

姓名：(中文) _____ (英文) _____

身份證號碼：_____ () 年 齡：_____ 性別： 男 / 女

地址：_____

手提電話：_____ 圖文傳真機：_____

電郵：_____

職業：_____ 學歷：_____ (會員號碼：_____)

填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 參加者簽署：_____

會方專用

日 期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

編號：_____ 負責職員：_____