|  |
| --- |
| 香港失明人協進會  殘疾人士輔助就業培訓服務  申請表格  **申請人資料**  姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (英文)  性別:\* 男 / 女 出生日期 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_\_\_日  身份證號碼 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) 聯絡電話 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  電郵 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  地址 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  健康狀況：□低視能 □失明 其他 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  填表人姓名 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 聯絡電話 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  與申請人關係 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *( \* 請刪去不適用者)*  請將填妥之表格，連同有關的殘疾證明文件，傳真至2338 7850、電郵至verc@hkbu.org.hk或郵寄到香港九龍觀塘翠屏村翠櫻樓地下13-20號，信封面請註明【申請殘疾人士輔助就業培訓服務】。  如有疑問，請致電2337 2736與本會職員聯絡。 |
|  |