



香港中華經筋醫學院

The Hong Kong Institute of Chinese JingJinKe Professionalism

課程申請表

Course Application Form

甲部 Part A	申請個人資料 Particulars of Applicant	課程名稱及編號： Course or No. :		
姓名 (先生/女士/博士/教授) Name (Mr./Ms./Dr./Professor)		香港身份證/護照*號碼 H.K.ID.Card/Passport No. *		
出生日期 : (日/月/年) Date of Birth (D/M/Y):		性別 : Sex :	國籍 : Nationality :	職業 : Occupation :
公司電話/Office Tel : _____ 手提電話 / Mobile No. : _____ 傳真號碼 / Fax No. : _____ 電郵 / E-Mail : _____				
通訊地址 / Corresponding Address (中英文) :				
乙部 Part B	相關背景 Related background			
A) 註冊/表列中醫 編號 : _____ 專科 : 內科 / 全科 / 針灸 / 骨傷科 Registered / Listed CMP No. _____ Specialty : Internal Medicine/Mixed/Acupuncture/Orthopaedic 其他專長 / Other Specialty _____				
B) 其他專業 : 脊醫 / 物理治療師 / 自然療法師 / 推拿理療師 Others Professional: Chiropractic / Physiotherapist / Natural therapist / Naprapath 從事該專業年期 / No. of years in that profession : _____ 年 / Years				
自僱/受僱 employment	機構 Name of Company		年份 Year	
學術背景 / Academic information :				
畢業年份 Year of graduation	學院 / 院校名稱 Name of Colleges / Institutes		頒授證書 Certificate of Award	
丙部 Part C	申請人聲明 Declaration of applicant			
致 : 香港中華經筋醫學院 To : The HK Institute of Chinese JingJinKe Professionalism 茲聲明本人在此表格所填報的資料均屬真實及正確 I hereby declare that all particulars given by me in the application form are true and correct.				
申請人簽署 : Applicant Signature :			日期 : Date :	