



Greater Bay Area Health Information Management Association (GBAHIMA)

大灣區醫療資訊管理學會

Individual Membership Application Form 個人會員申請表格

Personal Information 個人資訊

Name 全名 _____ (中文: _____)
 Title 稱謂 _____ Given name 名字 _____ Last name 姓氏 _____

HKID/Passport no. 香港身份證/護照號碼 _____ Date of birth 出生日期 _____ Sex 性別: Male 男 Female 女
 dd/mm/yyyy

Home address 住址 _____ Office address 公司地址 _____

Preferred correspondence address 通訊地址 Home 住宅 Office 公司

Home tel 住宅電話 _____ Company name 公司名稱 _____

Email 電郵 _____ Position 職位 _____

Mobile 流動電話 _____ Office tel. 公司電話 _____ Office fax 公司傳真 _____

Professional / Educational Qualification 專業資格 / 學歷

Month 月 / Year 年	Qualification 資格	Issuing organisation 頒發機構

Please attach photocopy of supporting document(s) 請附上證明文件副本

Work Experience 工作經驗

Month 月 / Year 年	Company / Organisation 公司/機構	Job Title 職位

Applicant's Declaration 申請人聲明

I hereby apply for an Individual Membership with the GBAHIMA and declare that the information I have supplied is complete and correct, and the GBAHIMA is authorized to check and verify the information supplied pertaining to my application. I understand that providing false or misleading information may result in the application being withdrawn. 本人特此申請成為大灣區醫療資訊管理學會的個人會員，並聲明本人所提供的資訊完整且準確，並授權學會查證及核實所提供的資料。本人明白，填報任何虛假或誤導性資料，可導致申請被撤銷。

In consideration of my admission to membership, I agree to abide by the articles, rules, and regulations. 本人承諾如獲准加入學會，將會遵守學會的章程、會員守則及會規。

_____ (_____)
 Applicant signature & date 申請人簽署及日期

For office use only 學會專用

Application date 申請日期	Application no. 申請編號	Membership no. 會員編號	Remark 備註