



「肺功能測試 (慢性阻塞性肺疾病篩查計劃 / COPD)」報名表

姓名 _____ 性別 男 女

聯絡電話 _____ 電郵 _____

出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齡 _____

居住地址/ _____
工作地址: (必須在葵青區居住/工作人士才合符參與資格)

收集個人資料聲明

- (1) 在本表格內提供的個人資料乃屬自願性質。根據《個人資料(私隱)條例》，在本表格所填寫的個人資料，只會用作處理服務用途，包括登記、聯絡、報告和統計，亦只限授權人員方可查閱有關資料作前述目的之用。
- (2) 申請人如欲獲得或更改其個人資料，請致電或致函聯絡葵青安全社區及健康城市協會。

總辦事處

地址：葵涌荔景邨日景樓低層二樓一號舖
查詢電話：2436 3363

葵涌西附屬中心 (肺功能測試地點)

地址：葵涌大窩口邨富安樓平台 109 號
查詢電話：3580 2809

申請人聲明

本人謹此聲明

以上填報的個人資料正確無誤，亦明白葵青安全社區及健康城市協會對於是否接納報名申請擁有最終決定權。

本人同意以上申請人聲明：

本人同意參加肺功能測試：

本人同意 / 不同意* 協會透過以上聯絡資料通知本人其他相關之健康活動資訊。

(*請劃去不適用的選項)

簽署： _____

日期： _____

