HONG KONG ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES LIMITED
香港危重病學護士協會有限公司

Membership Update Form

會員資料更新表格

Membership Number 會員編號 :		
Name : **姓名:** **(Surname 姓氏)** **(Other names 名)**		
HKID Card No. with the alphabet & first 3 digits (e.g.G203) **香港身份証**		**Sex :** □ **M 男** **性別** □ **F 女**
Hospital / Organization : **醫院名稱 / 服務機構**	**Department :** **部門**	**Rank :** **職位**
Correspondence Address : **通訊地址**		
Email Address : **電郵**	**Telephone No. :** **通訊電話**	
Signature : **簽名**	**Date :** **日期**	

Postal address: Room 501, 5/F, Great Smart Tower, 230 Wan Chai Road, Hong Kong

香港灣仔 灣仔道 230 號 佳誠商業大廈 5 樓 501 室

Fax number: 28612784

E-mail address: hkaccn@yahoo.com.hk

For official use only 此欄由本會填寫

Membership updated: 會員資料更新 □ Yes By _____

□ No Remark _____

Date 日期: _____