

DEPARTMENT OF HEALTH - FAMILY HEALTH SERVICE

衛生署家庭健康服務

Contact information:

聯絡方法：

Local Telephone 本地電話： (*Mobile* 手機)

(Home 住宅) (Office 工作)

Address 地址： Flat 單位： Floor 樓層： Block 座：

Building name 大廈名稱： Estate name 屋苑名稱：

Street No & name 街道號碼及名稱： District 地區：

Region 區域： Hong Kong 香港 Kowloon 九龍 NT 新界

Email 電郵：

Family Health Service "Pregnancy e-link Online Membership Program" Registration[#]

衛生署家庭健康服務《懷孕悅訊》「網上會員」登記[#]

Do you agree to become a member of the Online Membership Program, and receive the "Pregnancy e-link" e-newsletters through your email address provided in this registration form?

你是否願意成為衛生署家庭健康服務網上會員，並定時透過表格內提供的電郵賬戶收取本服務單位編製的《懷孕悅訊》？

Yes 是
 No 否

Please choose the language of the "Pregnancy e-link"

請選擇《懷孕悅訊》的語言

English 英語 Chinese (Traditional) 中文(繁體) Chinese (Simplified) 中文(簡體)

[#] Please read the information on subscribing "Pregnancy e-Link" and Online membership programme before registration.
請閱讀衛生署家庭健康服務網上會員登記及訂閱《懷孕悅訊》的說明。

Father of Pregnancy:

胎兒父親資料：

Surname 英文姓氏： First name 英文名：

中文姓名： 中文電碼：

Date of birth: - - (DD-MM-YYYY)
出生日期： (日日-月月-年年)

Education Level 教育程度： Occupation 職業：

Local Contact Telephone 本地聯絡電話：

Please provide other contact person, if you do not want to disclose information about the father of pregnancy.

如不願提供胎兒父親資料，請填寫其他聯絡人。

中文姓名： Relationship 關係：

Surname 英文姓氏： First name 英文名：

Local Contact Telephone 本地聯絡電話：

【End 完】

Page 2