

Infant Massage Class 嬰幼兒按摩班

Application Form 報名表格

PLEASE COMPLETE IN BLOCK LETTER 請用正楷填寫

Title 稱呼: Mrs 太太 Ms 女士 Miss 小姐 Mr 先生

Name of parent 家長姓名: _____

Name of infant 嬰幼兒姓名: _____

Birth date of infant 嬰幼兒出生日期: _____

Contact number 聯絡電話: _____

Email 電郵: _____

Class Schedule 班別時間表

Please select your preferable class and put "√" in the box 請於方格內剔選所選班別：

	Date 日期	Time 時間
2020		
<input type="checkbox"/> Class 1 第一班	11/1, 18/1, 1/2, 8/2	11:00 – 12:30
<input type="checkbox"/> Class 2 第二班	8/3, 15/3, 22/3, 29/3	15:30 – 17:00
<input type="checkbox"/> Class 3 第三班	9/5, 16/5, 23/5, 30/5	11:00 – 12:30
<input type="checkbox"/> Class 4 第四班	5/7, 12/7, 19/7, 26/7	15:30 – 17:00
<input type="checkbox"/> Class 5 第五班	5/9, 12/9, 19/9, 26/9	11:00 – 12:30
<input type="checkbox"/> Class 6 第六班	8/11, 15/11, 22/11, 29/11	15:30 – 17:00

Please send the completed form to ogclass@gleneagles.hk or fax to (+852) 3903 3441 for registration.

Confirmation of enrollment will be conducted by phone.

請填妥報名表格並電郵至 ogclass@gleneagles.hk 或傳真至 (+852) 3903 3441 登記。
本院將會致電確認。

Gleneagles Hong Kong Hospital 港怡醫院

1 Nam Fung Path
Wong Chuk Hang
Hong Kong
香港黃竹坑南風徑1號

T +852 3153 9000
F +852 2528 0081
www.gleneagles.hk