



FAMILIES OF S.M.A.
CHARITABLE TRUST
脊髓肌肉萎縮症慈善基金

S.M.A. 病患者登記表格

本人清楚明白「脊髓肌肉萎縮症慈善基金」為非牟利組織。旨在推動醫學研究，望早日能找出醫治之法；支持病患者及有需要的家庭；並提高公眾對脊髓肌肉萎縮症的認識和關注。

現請將本人列入「香港脊髓肌肉萎縮症患者資料庫」，並希望收到最新的有關資訊。

病患者資料

病者中文姓名：_____ 英文姓名：_____

香港身份證號碼：(如適用者) _____ 性別：_____ 出生日期：_____

通訊地址：_____

職業：_____ 聯絡電話：_____ 傳真：_____

SMA 類別：第一類 第二類 第三類 第四類 不知道

証實患有 SMA 年份：_____

主診醫生/醫院名稱：_____

監護人資料 (如適用者)

姓名 (先生/小姐/太太)：_____

通訊地址：_____

聯絡電話：_____ 傳真：_____

所得資料將會絕對保密 (費用全免)

簽名：_____ 日期：_____

請郵寄或傳真此表格到：「脊髓肌肉萎縮症慈善基金」香港北角英皇道83號聯合出版大廈14樓1402室
熱線：2811 1767 傳真：2510 7199 網址：<http://www.fsma.org.hk> 電郵：info@fsma.org.hk