

加拿大爱心联盟 会员登记表

Canada Care Alliance Membership Application Form

Date 日期_____ (MM/DD/YYYY)

First Name 名_____ Last Name 姓_____

Date of Birth 生日_____ (MM/DD/YYYY) Gender 性别_____

Home Address 住址_____ Post Code 邮编_____

Tel 电话_____ Cell 手机_____ Wechat 微信_____

E-mail 电邮_____

Nationality 国籍_____ ID No. 驾照/护照/身份证号码_____

Company Name 公司名称_____

Business Field 生意领域_____

Company Address 公司地址_____

Tel 电话_____ Fax 传真_____

Web 网址_____

Introducer 推荐人_____ Tel 电话_____ Cell 手机_____

E-mail 电邮_____

Applicant Signature 申请人签名_____

Remarks 备注: