



賀禮類別 Nature of the Gift Donation

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ 生日祝賀 Birthday | ☐ 結婚祝福 Wedding | ☐ 新生嬰孩 New Born Baby | ☐ 開張誌慶 Opening Ceremony |
| ☐ 紀念 Anniversary | ☐ 慰問 Condolence | ☐ 其他 Others {請註明 please specify _____} | |

☐ 我想瑪利諾醫藥福利會有限公司代本人致送祝賀給以下親友

I would like MMWW to send a gift certificate on my behalf to the person I designate below.

給親友留言 Message to Recipient:

上款: Recipient's Name:

內容: Content: (50 字內 Maximum 50 words)

下款: Sender's Name:

收件人資料 Recipient's Information: (* 必填 Mandatory Fields)

姓 Surname* _____ 名字 Given Name* _____

稱謂 Title *: ☐ 博士/醫生 Dr. ☐ 先生 Mr. ☐ 太太 Mrs. ☐ 女士 Ms. ☐ 小姐 Miss ☐ 其他 Others { _____ }

郵寄地址 Address: _____

電郵地址 Address: _____

(請確保填妥收件人電郵或郵寄地址 Please ensure recipient's email and/or postal address is provided)