

將軍澳醫院 健康資源中心

主辦︰

香港青年協會賽馬會將軍澳青年空間

香港青年協會賽馬會茵怡青年空間

**暑期醫院義工體驗計劃 2024申請表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **參與組別：** |  |  | 請貼上近照 |
| 1. **個人資料**
 |
| 姓名： | (英文)  |  | (中文)  |  |
| 性別： |  | 出生日期： |  | 年 |  | 月 | 年齡： |  |  |
| 地址： |  |  |
| 電郵： |  | ***(必須填寫)*** |  |
| 電話： | (住宅) |  | (手提) |  | (傳真) |  |
| 學校／就讀年級： |  |  | (回港日期： |  | 月 |  | 日 | ) |
| 通曉語言： |  |  | ) |
| 電腦知識： |  |  | ) |
| 文字輸入法： |  |   | ) |
| 特別技能、興趣及資歷： |  |
| 義工經驗： |  |
|  |
| 1. **參與此計劃之原因*(必須填寫)***
 |
| 為何參與此計劃及你對計劃的期望： |  |
|  |
|  |
|  |
| 從何處得悉此計劃： |  |  |
|  |
| **可出席面試之時段：** (可選擇多項) | A組： |   |
| B組： |  |
|  |
| 申請人簽署： |  |  | 日期： |  |
|  |
| **18歲以下人士參與活動同意書** *(未滿18歲之申請者必須得到家長/監護人同意，方可參與此計劃)* |
| 本人同意本人的子女參與將軍澳醫院之義工服務。本人明白醫院乃病人治療及康復的地方，在此環境下提供義工服務，本人的子女有可能要承受疾病感染的風險。本人亦明白本人的子女將會接受防感染控制培訓課程，從中學習防感染知識，並遵循醫護人員所有有關疾病預防控制的指引，以減低對自己及他人的風險。 |
| 家長或監護人簽署： |  |  | 與申請人關係： |  |
| 家長或監護人姓名： |  |  | 日　　　　期： |  |

*以上所收集的個人資料將妥善處理，並只作主辦單位的義工服務統籌及管理之用。*