主辦：將軍澳醫院 健康資源中心　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：☐ A組 ☐ B組 ☐ 兩者皆可

近照請貼上

一.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：_____ ☐ 本地 ☐ 海外 (回港日期：___月___日)

通曉語言：☐ 廣東話 ☐ 普通話 ☐ 英語 ☐ 其他 (請註明：_____)

電腦知識：☐ Word ☐ Excel ☐ PowerPoint ☐ Adobe Photoshop/Illustrator ☐ 其他 (請註明：_____)

文字輸入法：☐ 英文 ☐ 倉頡 ☐ 速成 ☐ 普通話拼音 ☐ 其他 (請註明：_____)

特別技能、興趣及資歷：_____

義工經驗：_____

二.參與此計劃之原因*(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：☐ 本院網頁 ☐ 宣傳單張 ☐ 醫護人員推介 ☐ 親友介紹 ☐ 其他：_____

可出席面試之時段：
(可選擇多項)

A組：☐ 6月6日上午 ☐ 6月6日下午 ☐ 6月7日上午 ☐ 6月8日上午

B組：☐ 6月7日下午 ☐ 6月8日上午 ☐ 6月22日上午 ☐ 6月22日下午

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。