

伊利沙伯醫院 暑期學生義工計劃

R. I. G. H. T. Scheme 2017

報名表

以下資料將收集作為本院紀錄及醫管局購買義工意外保險之用途。本院會確保資料得到保密處理。如閣下欲查閱和/或改正閣下的個人資料，請與病人資源中心聯絡。

學生姓名：(須與身份證相同) (中文) _____ (英文) _____

出生日期：_____ 性別：_____ 身份證號碼 (*只需填寫英文字母及首3位數字，例如：A123)：_____

電話：(住宅) _____ (手機)：_____

電郵地址：_____ (請以正楷清楚填寫電郵地址，以便中心職員以電郵聯絡)

學校名稱：_____ 班別：_____

閣下是 本地學生 海外學生 如果是海外學生，回港日期是：____月____日

家長 / 監護人姓名：_____ 與學生關係：_____ 聯絡電話：_____

義工經驗： 沒有 有 (請詳述)

專長：(如：文書處理、中文電腦輸入、美術設計、音樂……)

如健康狀況需特別照顧者，請註明：

閣下參加暑期學生義工計劃的原因 / 期望：

請按次序選擇你期望的服務 (1為首選，2為次選，如此類推。惟病人資源中心保留最終決定權)

病人服務	
文書工作	
支援服務 (如展板製作)	

本人在參與暑期學生義工計劃期間，願意遵守醫院之義工守則。如有違反，病人資源中心可即時終止本人之義工資格。

學生簽署：_____ 日期：_____

伊利沙伯醫院 暑期學生義工計劃

R. I. G. H. T. Scheme 2017

家長同意書

伊利沙伯醫院暑期學生義工計劃旨為一些對醫護服務有興趣之青少年，提供一個在醫院服務的機會，透過參與計劃內不同的義工訓練及服務體驗，增加對醫護行業的認識，提升個人健康意識，並學習與人相處，促進個人成長。

閣下若同意 貴子弟參與上述義工服務，請將已簽妥之家長同意書連同義工報名表寄回伊利沙伯醫院病人資源中心。

承蒙 貴家長及子弟支持及參與暑期學生義工計劃，不勝銘感。如有任何問題，請致電 3506 6536 向中心職員查詢。

此致

各位家長 / 監護人

伊利沙伯醫院
病人資源中心
二零一七年四月十八日

(備註：此同意書只適用於未滿十八歲有意參與義工計劃人士使用)

九龍加士居道 30 號
伊利沙伯醫院日間醫療中心
閣樓 5 號房病人資源中心

- 家長同意書回條 -

本人同意 敝子弟 (姓名：_____) 參與 2017 年伊利沙伯醫院暑期學生義工計劃，並督促敝子弟遵守醫院之義工守則。

此致

伊利沙伯醫院
病人資源中心

家長 / 監護人簽署： _____

家長 / 監護人姓名： _____

日間聯絡電話： _____

日期： _____