



香港聖約翰救傷會
講師訓練班申請表格

5/05
(AFIV)

姓名： _____
(中文) (英文) (請參照身份証上的次序)

身份証號碼： _____ () 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

日間聯絡電話： _____ 手提電話： _____

傳真號碼： _____ 電郵地址： _____ (必須填寫)

住址： _____

公司名稱： _____ 職業： _____

公司地址： _____

_____ 公司電話： _____

✦ 教育程度： * 中五 / 預科 / 大專或大學以上程度 (* 請刪除不適用者)

請填寫香港中學會考合格科目/成績/年度 _____

_____ [必須達中學會考五科合格並包括中文及英文科(課程乙)]

✦ 專業資格： _____

✦ 急救證書簽發日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

其他機構會籍 (請列明)： _____

✦ 申請者須在辦公時間內親身或托來人到救傷會註冊。註冊時必須帶同證書及學歷證明文件正副本作核實及記錄之用。申請者必須在6/6/2005日期前完成所有文件核實程序；否則，申請作廢，所繳費用恕不退還。

- 閣下提供之個人資料會用作 辦理入學手續及日後聯絡之用。提供個人資料純屬自願。如資料不足或不正確，本會可能無法辦理你的申請。
- 如須查詢或更改你的個人資料，請以書面向本機構提出，寄往“香港麥當勞道二號四樓，香港聖約翰救傷會辦事處”收。
- 申請者可於辦公時間連同劃線支票或現金親臨本會辦理報名手續。(劃線支票抬頭為“香港聖約翰救護機構”或“HONG KONG ST. JOHN AMBULANCE”。

申請人簽署： _____ 日期： _____

(請填寫閣下之姓名及地址作日後聯絡之用。)

姓名： _____ 姓名： _____

地址： _____ 地址： _____

姓名： _____ 姓名： _____

地址： _____ 地址： _____

