



香港聖約翰救護機構
課程報名表

申請課程：_____

甲部：個人資料：

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：_____
 身份證號碼：_____ 年齡：_____ 出生日期：_____

(請附交香港身份證證明副本)

住址：_____

電郵：_____

電話(日間)：_____ (晚間)：_____ (傳呼機/手提電話)：_____

現職公司/機構名稱：_____ 職位：_____ 電話：_____

地址：_____

*乙部：教育程度：

已完成最高班級(請附交學歷證明副本)：_____ 畢業日期：_____

*「保健員訓練課程」入讀之最低資格是已完成中五全科課程或具同等/以上學歷來包括中國大陸的高中畢業或大學畢業

學校名稱及地區：_____

丙部：曾修讀急救、護理及相關訓練：

無 有(請附交證明副本)

丁部：工作經驗(如位置不足，請另加附頁)(請附交工作證明)

任職日期	職位	機構名稱

己部：申請人聲明

本人謹聲明上述填報及所附交的資料均屬真確無誤。本人已細閱申請表內各項內容，並願意接受貴機構所訂下有關甄選學員的程序及準則。資料如有失實，可被取消資格，並可能負上法律責任。本人願意遵守貴機構所訂下的受訓章則。

申請人簽署：_____

申請人姓名：_____

日期：_____

申請方法：請填妥申請表，連同身份證、學歷證明、有關護理工作證明或訓練證書、最近工作證明之所有副本及兩個貼有\$2.00郵票的回郵地址信封，親臨或寄回香港麥當勞道2號聖約翰大廈4樓。

***** 此欄由職員填寫 *****

申請編號：_____ 課程編號：_____

已核對身份證及姓名 有關學歷及工作證明副本 回郵信封兩個

備註：_____

收表及核對職員(姓名)：_____ 日期：_____

請填妥以下回郵地址：

姓名：_____
 地址：_____

姓名：_____
 地址：_____

香港聖約翰救護機構個人資料使用守則

香港聖約翰救護機構盡力遵守及執行《個人資料（私隱）條例》中所列載的規定，確保儲存的個人私隱及個人

資料處理得到充分保護，準確無誤，及有妥善的儲存方法。為確保你能充分了解向本機構提供個人資料的準則，

請細閱本守則。

收集資料目的及使用準則

1. 香港聖約翰救護機構將依照在收集資料時所說明之目的去使用該等資料。
2. 向機構提供個人資料純屬自願，如你未能提供足夠個人資料，本機構可能無法有效處理你的申請或提供有關服務。
3. 本機構可能使用你的個人資料（包括你的姓名、電話號碼、傳真號碼、電郵地址、郵寄地址、所屬機構/公司/學校名稱），以便本機構日後與你通訊、處理報名、發出收據、收集意見、作訓練課程邀請、推廣活動及與本機構相關之項目事宜。
4. 本機構循此途徑收集之個人資料，除作上述用途之外，將不會以任何形式出售、租借及轉讓予任何人士或組織。

查閱及更新個人資料及申請停止使用個人資料作推廣之用途

除了《個人資料（私隱）條例》規定的豁免範圍外，你有權就香港聖約翰救護機構備存有關你的個人資料作出查

閱、更改及停止使用你的個人資料作推廣用途的要求，但已達成使用目的後而刪除的個人資料除外。

如閣下不願意本機構使用你的個人資料作上述用途，請填寫以下 [拒收通知書]，提供姓名、電郵地址及日期，

以郵寄/傳真/電郵形式交回本機構，費用全免。

名稱：香港聖約翰救護機構

地址：香港麥當勞道2號聖約翰大廈

電話：2530 8020-24

傳真：2976 0457

電郵：assn@st.john.org.hk

拒收通知書

本人不同意香港聖約翰救護機構使用本人的個人資料作上述用途，本人尤其知悉 貴機構將不會寄予有關救傷資格(包括但不只限於證書有效期屆滿前通知辦理續證)之資料。

(請在空格加上“√”號以表示你作這選擇)

姓名(全寫)：_____

電郵：_____

課程編號：_____

日期：_____