



香港聖約翰救護機構

Hong Kong St. John Ambulance

香港麥當勞道二號 聖約翰大廈 St. John Tower, 2 MacDonnell Road, Hong Kong

St John

24小時緊急救護車熱線

24-hour Emergency Ambulance Services:

電話/Tel: 1878000

理事會 (Council)	<input type="checkbox"/>	電話/Tel: 2530 8006 – 8008
救傷會 (Association)	<input checked="" type="checkbox"/>	電話/Tel: 2530 8020 – 8024
救傷隊 (Brigade)	<input type="checkbox"/>	電話/Tel: 2530 8032 – 8034
少青團 (Youth)	<input type="checkbox"/>	電話/Tel: 2530 8057 – 8059

傳真/Fax :2515 0205
傳真/Fax :2976 0457
傳真/Fax :2530 2727
傳真/Fax :2530 4867

訓練課程學員轉名申請表格

本人姓名 (請用正楷) : _____

(中文)

(英文) (請參照身份證上的次序)

身份證號碼 : _____ () 日間聯絡電話 : _____

地址 : _____

已報讀課程編號 : _____ 開課日期 : _____

現因 _____ (原因)

未能出席有關課程, 現申請由下列人士填補本人之空缺。

申請人簽署 : _____ 日期 : _____

填補人資料

英文姓名 _____
(請參照身份證上的次序)

中文姓名 _____

身份證號碼: _____

年齡: _____ (必須符合報讀年齡)

通訊地址: _____

聯絡電話: _____ 流動電話: _____ 電郵地址 _____

緊急聯絡人中文姓名: _____ 聯絡電話: _____

聲明:

- 本人特此聲明, 本人的年齡及資格, 在報讀課程開班的首天已達課程所需要求【導師/職員有權查核本人的香港身份證或護照】, 若資料不符, 本人明白將不能參加課程及不獲頒證書。
- 本人同意一經取錄成為學員, 會遵守上述有關條款, 包括臨時安排及上課守則和規定。
- 本人明白在上課、考試及活動期間, 本人須注意個人及財物安全。本人的健康狀況適宜參加上述課程及考試。倘於上課、考試及活動期間發生財物損毀、遺失, 或因本人的健康狀況而引致意外, 包括死亡、受傷, 本人將自行承擔一切責任。香港聖約翰救護機構、贊助機構, 無須負上賠償或任何法律責任。
- 倘於上課、考試及活動所引發的任何爭議(包括本聲明或任何規則的解釋和行使), 香港聖約翰救護機構將擁有最終的決定權。
- 本人確認已閱讀及明白隨本表格附上有關香港聖約翰救護機構的個人資料使用守則。

參加者簽署 : _____ 日期 : _____

家長 / 監護人簽署 : _____ (如申請人未滿 18 歲, 必須由家長或監護人簽署)

家長 / 監護人姓名 : _____ 關係 : _____ 日間聯絡電話 : _____

★本會誠邀您登記個人資料於「香港聖約翰救傷會學員通訊冊」內, 作日後證書續期之通知及聯絡之用, 本會將會透過電郵/信件發放資訊、課程或活動資料予閣下。

本人 願意 不願意 登記個人資料於「香港聖約翰救傷會學員通訊冊」內。(請在內以“✓”號示意。)

備註:

- 請於訓練課程開課前十天提出申請, 逾期恕不接受。
- 請填妥申請表格連同港幣一百元正申請費之劃線支票, 寄香港麥當勞道二號四樓聖約翰救傷會收。支票抬頭應為「香港聖約翰救護機構」。「請勿郵寄現金或期票」。
- 申請人必須填寫以下的回郵地址及附上一個貼有郵票(\$2)之信封, 以便回信。
- 你所提供之個人資料, 將會提供予本會作辦理訓練課程學員轉名或日後聯絡之用。提供之個人資料純屬自願。如資料不充分或不正確, 本會可能無法或延遲處理你的申請。
- 若有查詢或更改有關你的個人資料, 請以書面向本機構提出, 並寄“香港麥當勞道二號四樓, 聖約翰救傷會辦事處收”, 並繳付手續費港幣五十元。
- 如有任何查詢, 可致電2530 8020-24 與職員聯絡。

回郵地址 (必須填寫)

姓名 : _____

姓名 : _____

地址 : _____

地址 : _____