



St John

24小時緊急救護車熱線:

24-hour Emergency Ambulance Services:

電話/Tel: 1878000

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

理事會 (Council)

救傷會 (Association)

救傷隊 (Brigade)

少青團 (Youth)

電話/Tel: 2530 8006 – 8008

電話/Tel: 2530 8020 – 8024

電話/Tel: 2530 8032 – 8034

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

本表格只適用於 BLSO 的個人課程

(請用正楷填寫)

英文姓名: _____ 中文姓名: _____

(請參照身份證上的次序)

身份證號碼: _____ () 年齡: _____ (必須符合報讀年齡)

通訊地址: _____

日間聯絡/流動電話: _____ 電郵地址: _____

傳真號碼: _____ 緊急聯絡人中文姓名: _____ 聯絡電話: _____

現職醫院/機構/部門: _____ 職位: _____

急救證書有效期至 _____ 頒發機構: _____

本人*沒有/ 持有*MBBS/RN/EN/救護員證書或其他 (請註明, 如醫科生、護士學生) _____

*(請刪除不適用)

註: 報讀BLSO課程的申請人, 須提交證明文件副本

請於下方填上所申請之課程編號: (例如 BLSO998/17/18)

第一選擇 _____ 第二選擇 _____ 第三選擇 _____

倘若第一選擇額滿, 本會將順應你的選擇次序, 作出安排而不會作另行通知。

CNE證書: 參與及完成本課程之護士及相關醫護人員可獲發CNE證書, 並列出 7CNE學分, 獲考試合格之學員, 將於獲發合格證書同時獲發CNE證書。(本會保留核實權利)

請頒發CNE證書予本人。(請在 內以“✓”號示意)

聲明:

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。本人明白申請之課程涉及體力操作。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起意外, 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。
- (4) 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。
- (5) 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: _____

遞交表格: 1. 填妥申請表後, 親臨或郵寄回 中環麥當勞道2號聖約翰大廈4樓(封面請註明 BLSO 課程) 或請將申請表傳真至 2976 0457 或 電郵至 assnhealth@stjohn.org.hk 本機構收。

2. 付款方法: 請以劃線支票或本票繳費, 抬頭請填寫:

「香港聖約翰救護機構」或 “HONG KONG ST. JOHN AMBULANCE”

請用正楷填寫下列回郵地址 (必須填寫)

姓名: _____ 姓名: _____

地址: _____ 地址: _____

地址: _____ 地址: _____



St John

24小時緊急救護車熱線:

24-hour Emergency Ambulance Services:

電話/Tel: 1878000

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

理事會 (Council)

救傷會 (Association)

救傷隊 (Brigade)

少青團 (Youth)

電話/Tel: 2530 8006 – 8008

電話/Tel: 2530 8020 – 8024

電話/Tel: 2530 8032 – 8034

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

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：asn@stjohn.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： _____