



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

24 小時緊急救護車熱線:

24-hour Emergency Ambulance Services:

電話/Tel: 1878000

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

本表格適用於保健員訓練課程(HW)/保健員統一訓練課程(CHW)/殘疾人士院舍保健員銜接課程(BHW)/醫護支援人員(臨床病人服務)課程(CRSW)/護理員訓練課程(CW)/常用醫護英語/腹膜透析/糖尿病護理課程(AHWC)

甲部：個人資料

課程編號：_____

姓名(中文)：_____ 姓名(英文)：_____

香港身份證號碼：_____ () 性別： 男 女 年齡：_____

電話 (日間)：_____ (夜間)：_____ 電郵地址：_____

住址：_____ (報讀殘疾人士院舍課程必須填寫中文)

公司名稱：_____

公司電話：_____ 現職職位：_____

如何得知此課程： 電郵 電話短訊 郵寄宣傳 院舍/機構通告 報章 僱主介紹 朋友介紹 本會網頁 其他(_____)

乙部：教育程度

最高學歷：(香港 內地 其他) 小學__年 中學__年 文憑至副學士 學位或以上

丙部：本人** 沒有/ 持有 **CRSW/HCA/HW 證書 / 註冊保健員証。(** 請刪除不適用)

註：報讀高級保健員相關訓練課程(AHWC) 的申請人，須提交證明文件副本

丁部：安老 / 護理服務經驗

Table with 3 columns: 任職日期, 職位, 任職院舍 / 中心 / 機構名稱

註：報讀『殘疾人士院舍保健員銜接課程乙』的申請人，須提交相關機構的在職證明文件及副本

申請人聲明：

- (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發證書。
(2) 本人同意一經記錄成為學員，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。
(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。

申請人簽署：_____

申請日期：_____

遞交表格： 1. 填妥申請表，連同身份證、學歷證明、工作證明副本、一張相片，親臨或郵寄回本機構。

中環麥當勞道 2 號聖約翰大廈 4 樓 (封面請註明護理課程編號) 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”

請填妥以下回郵地址：

姓名：_____

地址：_____

姓名：_____

地址：_____



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

24 小時緊急救護車熱線:

24-hour Emergency Ambulance Services:

電話/Tel: 1878000

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

報讀課程方法及有關條款：

本表格適用於保健員訓練課程(HW) / 醫護支援人員(臨床病人服務)課程(CRSW) / 保健員統一訓練課程(CHW) / 殘疾人士院舍保健員銜接課程(BHW) / 護理員訓練課程(CW) / 常用醫護英語/腹膜透析/糖尿病護理課程(AHWC)

I. 報名方法：

a. 親自報名：

請攜同此函於辦公時間內親臨「香港麥當勞道二號四樓，聖約翰救傷會辦事處」辦理。辦公時間：星期一至星期五上午八時三十分至下午六時十八分（公眾假期除外）。

b. 郵寄報名：

申請者請填妥報名表格，連同以「香港聖約翰救護機構」名義抬頭之劃線支票及貼有郵票(\$1.7)之回郵信封，寄香港麥當勞道二號四樓聖約翰救傷會收。【請勿郵寄現金 / 期票】

若因郵遞錯誤，本會恕不負責。如郵寄報名之課程組別滿額，本會稍後將退回有關款項。

c. 傳真或電郵報名：

如申請者欲以繳費靈（PPS）付款，請將填妥的報名表格傳真（傳真號碼 2976 0457），並需致電 2530 8048/2530 8028 或將表格電郵（email: assn.pps@stjohn.org.hk）索取繳費靈（PPS）的付款號碼。申請者請於收到付款號碼後兩個工作天內繳費，否則名額將被取消。

II. 取錄事宜：

a. 若課程因滿額，資料不齊全、錯誤、付款不足或不符合入學資格者，本機構將不會接受報名及退回原件或支票。

b. 本會有權不接受任何報名。收錄與否，請以本會寄出之學員上課及考試須知（正本）作實。已被接納的申請，恕不接受辦理調班及所繳的費用概不退回。

c. 本機構將會於開課前兩星期內以書面通知申請者取錄與否。如申請者在課程開課前三天，仍未收到本機構的「學員上課及考試通知」，請致電本機構或電郵致assnhealth@stjohn.org.hk查詢有關課程申請事宜。

III. 個人資料：

申請者提供之個人資料，將作辦理課程登記之用，印製證書或日後聯絡之用。申請者所提供之個人資料純屬自願。如資料不充份或不正確，本會可能無法或延遲處理你的申請，並將申請寄件原件退回，若有查詢或更改有關你的個人資料，申請者需以書面寄「香港麥當勞道二號四樓，聖約翰救傷會辦事處」，通知本機構。

IV. 上課：

a. 申請者手續一經辦妥及取錄後，申請者成為本機構學員，學員必須遵守本機構一切有關上課守則和規定，學員未能完成課程，所繳的費用概不退回。

b. 學員如有上呼吸道感染、傷風或感冒徵狀，請自備口罩上課。



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

24 小時緊急救護車熱線:

24-hour Emergency Ambulance Services:

電話/Tel: 1878000

理事會 (Council)

救傷會 (Association)

救傷隊 (Brigade)

少青團 (Youth)

電話/Tel: 2530 8006 – 8008 傳真/Fax :2515 0205

電話/Tel :2530 8020 – 8024 傳真/Fax :2976 0457

電話/Tel: 2530 8032 – 8034 傳真/Fax :2530 2727

電話/Tel: 2530 8057 – 8059 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、籌款、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4樓
 電話：2530 8048
 傳真：2976 0457
 電郵：assnhealth@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： _____