

致：香港聖約翰救護機構（電話：2530 8089）

訓練經理

截止日期：二零二三年六月十五日

名額有限，額滿即止！

回條

「免費6小時心肺復甦法及去顫法課程」及「免費公眾急救教育講座」

本人希望參加香港聖約翰救護機構舉辦之「免費6小時心肺復甦法及去顫法課程」計劃，並選擇以下上課日期：

	日期	課程編號		日期	課程編號
第一選擇	/ /2023 (星期)	CPRAED /22/23	第三選擇	/ /2023 (星期)	CPRAED /22/23
第二選擇	/ /2023 (星期)	CPRAED /22/23	第四選擇	/ /2023 (星期)	CPRAED /22/23

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≥13)

通訊地址: _____

聯絡電話: _____

流動電話: _____

傳真號碼: _____

電郵地址: _____

日期: _____



亦可掃描 QR CODE 於網上報名

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。

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: _____

#學員如有上呼吸道感染、傷風或感冒徵狀，請自備口罩上課。

★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(請在口內以“✓”號示意)。

請用正楷填妥下列回郵地址 (必須填寫)

姓名: _____ 姓名: _____

地址: _____ 地址: _____