

本欄由本院填寫：

收件日期： _____
 面試日期： _____
 面試結果： _____
 審核人簽署： _____
 登記號碼： _____

義 工 申 請 表

姓名： _____ 性別： 男 女
請以正楷填寫 (英文) (中文)

出生日期： _____年 _____月 _____日 身份證號碼： _____

職業： _____ 語言： _____ 婚姻狀況： _____ 宗教： _____

住址： _____

電話： (住宅) _____ (手提) _____ (辦公室) _____

傳真： _____ 電郵： _____

教育程度： 小學 中學 大專或以上 其他： _____

希望服務之醫院： 九龍醫院 香港眼科醫院 九龍醫院及香港眼科醫院

義工經驗： 無 有 (請註明) _____

曾否參與由醫院管理局/醫院舉辦之義工核心課程？ 無 有 受訓日期： _____

義務工作之興趣，可以選擇多於一項：

探訪 文書 病人活動 其他： _____

服務時間選擇：

時間/星期	一	二	三	四	五	六
上午						
下午						

技能: 手工藝 (例如: 扭波波、畫畫、摺紙) 音樂 話劇 魔術 園藝 其他: _____

備註: _____

推薦人姓名： _____ 職位： _____

(推薦人可為醫院同工，宗教團體職員，社區團體主任，機構主管或學校教師等。)

所屬機構： _____ 聯絡電話： _____

家長/監護人簽署： _____ 姓名： _____ 與申請人關係： _____

(適用於未滿十八歲人士)

以上資料將收集作為本院記錄及醫管局購買義工意外保險之用途。本院會確保資料得到保密處理。
倘閣下要查閱和/或改正閣下的個人資料，請與義工服務負責人聯絡。

申請人簽署： _____ 日期： _____

申請手續： 填妥本表格請寄回、電郵或傳真致「九龍醫院病人資源中心」

地址： 九龍亞皆老街147A號 查詢電話： 3129 6661 電郵： khprc@ha.org.hk 傳真： 2768 7664

備註： _____ (由本院職員填寫)

For office only

Received date: _____
 Interview date: _____
 Interview result: _____
 Interviewer signature: _____
 Enrolled No.: _____

Volunteer Application Form

Name: _____ Gender: Male Female
BLOCK LETTER (English) (Chinese)

Date of Birth: _____ Year _____ Month _____ Day _____ ID Card No. : _____

Occupation: _____ Marriage status: _____ Religion: _____

Address: _____

Telephone: _____ (Home) _____ (Mobile) _____ (Office)

Fax: _____ E-mail address: _____

Education level: Primary Secondary Tertiary or above Others: _____

Volunteer experience: No Yes (Please specifies) _____

Have you attend the volunteer infection control training No Yes Date of training: _____

Are you the follow-up patient of Kowloon Hospital Yes No

Interested area in volunteer service (can be more than one option):

Visit Clerical work Patient activity Others: _____

Availabilities for volunteer service:

	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
AM						
PM						

Skills : Handicraft (e.g.: Drawing 、 Origami) Music Drama Magic Gardening Others : _____

Remarks: _____

Name of referee: _____ Post: _____

(Referee can be staff of hospital, religious groups, director of community groups, head of institution or school teachers)

Affiliated institution: _____ Telephone: _____

Signature of applicant: _____ Date: _____

Signature of parents / guardian: _____ Name: _____ Relationship: _____

(For applicants under 18 years old)

☞ The information provided will only be used for record and insurance purpose in Hospital Authority. The information will be kept confidentially. Should you have any queries, please contact the service in charge for future information.

Application procedure: Return the duly completed form to Kowloon Hospital Patient Resource Centre by fax, mail or e-mail : khprc@ha.org.hk

Address: 147A Argyle Street, Kowloon Telephone: 3129 6661 Fax: 2768 7664

Remarks: _____ **(For office only)**

本欄由本院填寫：

收件日期： _____
面試日期： _____
面試結果： _____
審核人簽署： _____
登記號碼： _____**「夏日義工加油站」申請表**

姓名(請以正楷填寫)： _____ (英文) _____ (中文)

出生日期： _____年 _____月 _____日 身份證號碼： _____ 性別： 男 女

職業/就讀年級： _____ 就讀學校(如適用)： _____

教育程度： 小學或以下 中學 大專或以上 其他： _____電話：(日間聯絡電話) _____ 接收WhatsApp訊息： 同意 不同意

電郵： _____ 語言： _____

地址： _____

義工經驗： 無 有(請註明) _____希望服務之醫院： 九龍醫院 香港眼科醫院 九龍醫院及香港眼科醫院曾否參加由醫院管理局/醫院舉辦之義工核心課程? 無 有 受訓日期： _____

義務工作之興趣，可以選擇多於一項：

探訪 文書 音樂表演 病人活動 其他： _____技能：手工藝(如扭波波、畫畫、摺紙) 表演(如話劇、魔術) 電腦運用/網頁設計 唱歌樂器(請註明) _____ 其他 _____

推薦人姓名： _____ 職位： _____

(推薦人可為醫院同工，宗教團體職員，社區團體主任，機構主管或學校教師等。)

所屬機構： _____ 聯絡電話： _____

未滿十八歲人士請填寫監護人資料：

家長/監護人姓名： _____ 與申請人關係： _____ 家長/監護人簽署： _____

☞以上資料將收集作為本院記錄及醫管局購買義工意外保險之用途。本院會確保資料得到保密處理。
倘閣下要查閱或修改個人資料，請與義工服務負責人聯絡。

申請人簽署： _____ 日期： _____

申請手續： 填妥本表格請寄回、電郵或傳真至「九龍醫院病人資源中心」

地址： 九龍亞皆老街147A號 查詢電話：3129 6661 電郵：khprc@ha.org.hk 傳真：2768 7664

備註(由本院職員填寫)