

**雅麗氏何妙齡那打素醫院 / 大埔醫院**  
**【團體義工服務申請表】**

(必須填妥所有資料)

**團體及聯絡人資料：**

團體名稱 (中文)：\_\_\_\_\_

(英文)：\_\_\_\_\_

團體性質： 社會服務團體  宗教團體  學校  病人組織  其他 \_\_\_\_\_

聯絡人姓名 (中文)：\_\_\_\_\_ (英文)：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：(辦公室) \_\_\_\_\_ (流動電話) \_\_\_\_\_ (傳真) \_\_\_\_\_

(電郵) \_\_\_\_\_

**服務詳情：**

服務名稱：\_\_\_\_\_

服務目標：\_\_\_\_\_

服務日期：\_\_\_\_\_ 服務時間：\_\_\_\_\_

擬服務醫院名稱： 雅麗氏何妙齡那打素醫院  大埔醫院

服務對象：\_\_\_\_\_

服務性質：\_\_\_\_\_

是否曾提供義工訓練予服務隊成員： 是  否

服務內容 (請同時附上「服務計劃書」乙份)：\_\_\_\_\_

\*服務期間如需攝影或錄影，必先取得醫院及病人或院友的同意。

\*義工必須為十五歲或以上

**本團體誠意參與新界東醫院聯網的義工服務，並負責督導本團體義工明白及願意遵守有關之新界東醫院聯網義工守則，盡力服務病人。**

申請人姓名及職位：\_\_\_\_\_ 申請人簽署：\_\_\_\_\_

團體負責人姓名及職位：\_\_\_\_\_ 團體負責人簽署：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_ 團體蓋印：\_\_\_\_\_

填妥此表格後請交回/郵寄/傳真至：  
新界大埔全安路 11 號雅麗氏何妙齡那打素醫院 A 座地下 健康資源中心  
查詢：2689 2062 傳真：2662 3152  
新界大埔全安路 9 號大埔醫院主座 C 翼地下 義工部  
查詢：2607 6312 傳真：2667 0260

\* 本醫院聯網可保留接納申請團體推行服務之權利。

**此欄由職員填寫**

收件日期：\_\_\_\_\_ 負責職員：\_\_\_\_\_

服務申請： 接納  不接納 (原因) \_\_\_\_\_