

聖保祿醫院學生志工報名表

中文姓名					請貼照片
英文姓名					
身分證號碼	出生日期	年	月	日	
聯絡電話	住宅/	手機/			
主要聯絡人		主要聯絡電話	手機/ 院內分機/		(院內員工)
說明會時間 (勾選一場次)	<input type="checkbox"/> 時段 1：6 月 30 日上午 9 時		<input type="checkbox"/> 時段 2：7 月 22 日下午 1 時		
能夠配合服務時間	預計服務期間日： 年 月 日至 年 月 日 (至少 5 天)				
	週一	週二	週三	週四	週五
可服務時段	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午				
<p>1. 服務時間為上午 0930-1130，下午 1310-1510</p> <p>2. 遞交報名後並非保證錄取，請於交表後 2 工作日致電本院確認收件及報名狀況</p> <p>3. 所選填的時間並非保證排入班表，若同一時段有多人選填時，將依平均分配原則安排，以維護每位學生皆可參與服務的權益</p> <p>個人資料收集聲明</p> <p>基於《個人資料保護法》相關規定，本人於本表填寫的資料將由聖保祿醫院留存，僅用於報名、聯繫及其他相關作業。本表將保存至本活動結束日起 4 年後銷毀。</p> <p>本人同意上述注意事項及個人資料收集聲明所載的內容</p> <p>*學生簽署： _____ *日期： 年 月 日</p>					
未滿 20 歲的申請人，須經法定代理人同意					
<p>本人同意本人之子女於聖保祿醫院（以下簡稱醫院）擔任志工，並遵守醫院所制定的規範。本人清楚子女於醫院參與志願服務內容，亦明瞭其投入志願服務乃希發揮所長，貢獻自身的知識、勞力、經驗等體驗志願服務，將不會索取任何報酬，並願接受醫院指導與安排，確保工作安全及工作表現。</p> <p>本人清楚子女尚未成年，須主動確認並負責其往、返醫院之交通安全，特立聲明為憑。 本人亦知悉學生已具學生團體保險，醫院不再為學生另行辦理保險。</p> <p>*法定代理人簽署： _____ 日間聯絡電話： _____</p> <p>*與學生關係： _____</p>					
*如未填寫，即視為不同意					