聖保祿醫院**才藝表演(個人)**志工報名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中文姓名 | (與證件相符) | | | | | | 請貼照片 | |
| 英文姓名 | (與護照相符，非必填) | | | | | |
| 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) | | | |
| 能夠配合  服務時間 | 預計**服務期間**日： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | |
| **週一** | **週二** | | **週三** | | **週四** | | **週五** |
| 可服務時段 | □ 上午  □ 下午 | □ 上午  □ 下午 | | □ 上午  □ 下午 | | □ 上午  □ 下午 | | □ 上午  □ 下午 |
| 1. 服務時間為門診時段上午0900-1100，下午1330-1530。（如需調整，可協調） 2. 才藝表演類型：□樂器 □舞蹈 □戲劇 □其他 3. 若有其他細節(場地、器材等)可與志工督導討論。   **個人資料收集聲明**  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。如本人未能成為志工，本表將保存至報名日起4年後銷毀，如本人成為志工，本表將保存至本人離任日起4年後銷毀。  本人同意上述注意事項及個人資料收集聲明所載的內容  \*本人簽署： \*日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **未滿20歲**的申請人，須經法定代理人同意 | | | | | | | | |
| 本人同意本人之子女於於聖保祿醫院（以下簡稱醫院）擔任志工，並遵守醫院所制定之相關規範。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、體能、勞力、經驗等體驗志願服務真諦，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。  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，特立此切結書為憑。**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。**  \*法定代理人簽署： 與學生關係： 日間聯絡電話：  \*如未填寫，即視為不同意 | | | | | | | | |