

聖保祿醫院學生志工報名表

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)
說明會時間	109年07月27日(一) 下午 14:00-15:00				(於 13:50 至 A 棟大廳集合)
	(如無法參加說明會請勿報名)				
E-MAIL	(服務時段將以 MAIL 通知)				
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"/> 上午	<input type="checkbox"/> 上午	<input type="checkbox"/> 上午	<input type="checkbox"/> 上午
	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午
<p>1. 服務時間 109 年 8 月份週一至週五，上午 0900-1200，下午 1340-1640。</p> <p>2. 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><u>※如學生有需開立服務時數證明(至少服務 12 小時才開立時數)，請於服務完成後繳交服務心得報告(須滿 400 字)，才能領取服務時數證明書。</u></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。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。</p>					
<p>*學生簽署： _____ *日期： 年 月 日</p>					
<p>未滿 20 歲的申請人，須經法定代理人同意</p>					
<p>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。</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。</p>					
<p>*法定代理人簽署： _____ 與學生關係： _____ 日間聯絡電話： _____</p>					
<p><small>*如未填寫，即視為不同意</small></p>					