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) |
| 說明暨教育訓練時間 | **114年06月28日週六13:00-15:30 2C 討論室(C棟電梯2樓出口正前方之會議室)****(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4時段**） |
| **週一** | **週二** | **週三** | **週四** | **週五** | **週六** |
| 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114年7月7日至8月15日週一至週五，09:00-12:00、13:20-16:20。
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。

※如學生有需開立服務時數證明，事先告知並於服務完最後一天領取。**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。1. \*學生簽署： \*日期： 年 月 日
 |
| **未滿18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。\*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 |