

# 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	<b>115年06月28日週六 9:00-11:00 教育訓練、13:00-14:30 說明會</b> <b>地點：舊大樓 C 棟 7 樓會議廳 (無法參加教育訓練和說明會請勿報名)</b>					
E-MAIL	(服務時段將以 MAIL 通知)					
能夠配合服務時間	<b>預計服務期間日： 年 月 日至 年 月 日 (至少 4 時段)</b>					
	週一	週二	週三	週四	週五	週六
可服務時段	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	
1. 服務時間 115 年 7 月 6 日至 8 月 14 日週一至週五，08:40-11:40、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。						
<b>個人資料收集聲明</b> 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。						
3. *學生簽署： _____ *日期： _____ 年 月 日						
<b>未滿 18 歲的申請人，須經法定代理人同意</b>						
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						