

個人義工登記表 Volunteer Registration Form

申請人資料 Particulars of Applicant :

中文姓名 Chinese Name : _____ 英文姓名 English Name : _____

性別 : 男 M 女 F 聯絡電話 Tel No. : _____ (住宅 Home) _____ (手提 Mobile)

電郵 Email : _____

年齡 Age* : 6 - 12 13 - 17 18-30 31 - 59 60 或以上 or above

住址 Address : _____

教育程度 : 未曾接受教育 Illiterate 小學 Primary 中學 Secondary

Education: 文憑 Diploma 大專/大學 College/ University 碩士/ 博士 Master/ Doctorate

專業資格 Professional in: _____

工作狀況 : 學生 Student 在職 Employed 主婦/主夫 Homemaker 照顧者 Carer

Working Status 退休 Retired 待業 Job-seeker 其他 Others : _____

操流利語言/方言 : 廣東話 Cantonese 普通話 Potonghua 英語 English

Language/Dialects 印度語 Hindi 尼泊爾語 Nepali 烏爾都語 Urdu

Spoken 其他 Others : _____

醫療專業 : 醫生 中醫 註冊護士

Health Care Doctor Chinese Medicine Practitioner Registered Nurse

Professionals: 登記護士 物理治療師 職業治療師
Enrolled Nurse Physiotherapist Occupational Therapist

視光師 營養師 言語治療師
Optometrist Dietitian Speech Therapist

心理治療師 社工 其他 Others : _____
Clinical Psychologist Social Worker

能參與服務時間 : (可選多項) 平日日間 Day time of week days 假日 Holiday / weekend 時間待定
Time Available (May choose more than one option) To be confirmed

平日晚間 Night time of week days 任何時間 Flexible

你有興趣參與的義工服務 Volunteer Service you are interested in : (可選多項 May choose more than one option)

服務介紹 Service Promotion 協助活動 Organising Activities 問卷調查 Research / Survey

中心運作 Service Operation 攤位遊戲 Stall Games 攝影/拍片 Photo taking/ Video taking

翻譯 Translation (語言 Language: _____) 其他 (請列明) Others (Please specify) : _____

從何處認識我們? How did you hear about us ? (可選多項 May choose more than one option)

本中心活動 / 宣傳單張 Centre brochures / Program Flyers 親友 / 同事 / 同學 Relatives / Colleagues / Classmates

網站 Website / 社交平台 Social Media (Facebook, Instagram) 電視 / 電台 TV / Radio

報章/雜誌 Newspaper / Magazine 學校 / 講座 School / Lectures

其他 (請列明) Others (please specify) : _____

你是本中心會員嗎? Are you a member of Sham Shui Po District Health Centre? 是 Yes 否 No

收集個人資料 Personal Information Collection Statement

聖雅各福群會/深水埗地區康健中心盡力遵守《個人資料(私隱)條例》所列載的規定，依照收集資料時所說明的目的使用該等資料，並確保個人資料得到妥善儲存。閣下提供予本會/本中心的個人資料將用作義工服務之用。本會/本中心將運用閣下之個人資料(包括姓名、電話、電郵及郵寄地址等)，以便日後作與閣下通訊、服務推廣、活動/訓練課程邀請或收集意見的用途。另外，參加者的活動相片有可能用作服務通訊、活動推廣、服務交代等用途。除非本會/本中心已取得你的同意，否則本會/本中心不會使用你的個人資料作上述用途。閣下可以隨時向本會/本中心提出要求停止使用閣下的個人資料，此項安排毋須繳付任何費用。

本人同意以 電郵/ 郵寄/ 手提電話短訊【SMS/WhatsApp】方式收取有關資訊。(請於內加上「✓」號，可選多項)

如閣下不同意上述安排，請於以下空格加上「✓」號。

本人不同意上述有關使用個人資料的安排。

St. James' Settlement / Sham Shui Po District Health Center undertakes to comply with the requirements of the Personal Data (Privacy) Ordinance to ensure that personal data collected are properly stored. The personal information will be used for contact, service promotion, fundraising appeal, activities / courses invitation or feedback collection purposes.

St. James' Settlement / Sham Shui Po District Health Center may use your personal data (name, telephone number, email and mailing addresses) for the purposes of providing you with information of St. James' Settlement / Sham Shui Po District Health Center, activities / courses invitation as well as for feedback collection and related promotion purposes. In addition, the volunteer service photos may be used for the service newsletter, and/ or activities promotion or service report purpose. However, we cannot use your personal data unless we have received your consent. Upon your request at any time and at no charge, we will cease to use your personal data for promotion purposes.

**I prefer/ do not prefer to receive the related information via Email/ Mailing/ SMS/WhatsApp. (Please tick the boxes for your selection)*

Should you find such use of your personal data not acceptable, please indicate your objection before signing by ticking the box below.

I object to the proposed use of my personal data as stated above.

申請人簽署/ Signature: _____ 填表日期/Date: _____

未滿 18 歲的申請人(年齡最少滿 6 歲)，須由家長或監護人簽署

For applicants under 18years old (minimum age: 6 years old), endorsement by parent or guardian required

家長 / 監護人姓名 Name of parent/guardian : _____ 簽署 Signature : _____

與申請人之關係 Relationship : _____ 聯絡電話 Contact No. : _____