

甲部：
個人資料

中文姓名：\_\_\_\_\_ 英文姓名：\_\_\_\_\_
出生日期：\_\_\_\_\_ 性別：  男  女
身份証號碼：     x  x  x 
聯絡電話：\_\_\_\_\_
地址：\_\_\_\_\_
電郵地址：\_\_\_\_\_
教育程度：  小學程度以下  小學  中學
 大專或以上 (修讀課程：\_\_\_\_\_ )
職業：\_\_\_\_\_
能操語言：  廣東話  英文  普通話  其他，備註：\_\_\_\_\_

乙部：
興趣專長

技能：  電腦應用：\_\_\_\_\_  司儀  縫紉  編織
 攝影  扭氣球  樂器  繪畫  翻譯
 書法  摺紙  其他：\_\_\_\_\_

丙部：
服務選擇

預算服務日期及時段： 由 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 至 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

Table with 8 columns (星期, 一, 二, 三, 四, 五, 六, 日) and 3 rows (時段, 上午, 下午)

服務對象：  幼兒  青年  成人  老人
服務性質：  部門輔助工作 (如：文書/資料輸入)  院內護送病人
 病房探訪  電話慰問/家訪
 院友活動  醫院引路/詢問處
 其他：\_\_\_\_\_

丁部：
義工經驗

曾參與義工服務的年期：\_\_\_\_\_ 服務類型：\_\_\_\_\_

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

如申請人未滿 18 歲，須由家長或監護人簽署方屬有效

家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_ 家長/監護人簽署：\_\_\_\_\_

填妥後，請將表格交回香港薄扶林道 102 號瑪麗醫院病人資源中心 K 座 2 樓 10 室
查詢電話：2255 4343 傳真號碼：2872 0625

