

基督教靈實協會

靈實專業進修學院 課程報名表

報讀課程：
 保健員統一訓練證書 照顧員訓練證書 紓緩照顧基礎證書
 復康治療助理培訓證書 智障人士照顧基礎證書
 醫護支援人員(臨床病人服務)訓練基礎證書 其他

中文姓名： _____ 英文姓名： _____

香港身份證號碼： _____ 性別： _____

聯絡電話： _____ 電郵地址： _____

通訊地址： _____

工作經驗：

日期	公司/機構	職位

教育程度：

年份	學院 / 學校	課程名稱

填表人簽署： _____ 日期： _____

以下由學院填寫：申請人是否達到課程入學要求 在 內填上✓號 及有需要時註明

身份證：	<input type="checkbox"/>
學歷成績：	<input type="checkbox"/> 中三或以上學歷程度 <input type="checkbox"/> 曾修讀復康運動、職業治療及物理治療有關之課程
工作經驗：	<input type="checkbox"/> 具備最少半年復康治療助理經驗
其他：	

職員姓名： _____ 簽署： _____ 日期： _____

《個人資料（私隱）條例》聲明

基督教靈實協會尊重閣下所提交的個人資料，並會確保所有個人資料都根據《個人資料（私隱）條例》所載的規定妥善保存及適當使用。本會將使用閣下所提交的個人資料（包括閣下的姓名、住址、流動電話號碼、住宅電話號碼、電郵地址）進行服務宣傳及慈善籌款推廣用途，但我們在未得到你的同意之前不能如此使用你的個人資料。

請在本文最後部份表示你是否同意如此使用你的個人資料，如閣下反對有關做法，請於以下方格加上 ✓ 號，以便本會跟進。

- 本人 **不同意** 基督教靈實協會使用本人個人資料傳遞服務通訊、活動宣傳及慈善籌款募捐之用。
- 本人 **同意** 基督教靈實協會使用本人個人資料傳遞服務通訊、活動宣傳及慈善籌款募捐之用。

簽署： _____

姓名(全寫)： _____

日期： _____