



主辦單位



香港醫學會

計劃資助基金



社區投資共享基金
資助計劃

充滿人情味的基金

This project is funded by Community Investment and Inclusion Fund

香港醫學會 - 「社區健康醫學堂」 「老友記外展大使隊」義工登記表格

(服務時期：2017 年 1 月至 2018 年 10 月)

中文姓名：_____ 年齡：_____ 性別：男 女

住所電話：_____ 手提電話：_____

電郵：_____ 曾參與探訪長者義工活動：有：定期探訪 一次性探訪
沒有

住所地址：_____

方言：廣東話 普通話 潮州話 上海話 客家話 其他：_____

可參與探訪的時間：(請於適當的空格內填上「✓」號)

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
上午十時至中午十二時						
下午二時至六時						

聲明

1. 本人同意將個人資料提供予香港醫學會作聯絡用途及辦理義工活動的手續。
2. 本人明白香港醫學會將於活動期間進行錄影及拍照，並同意香港醫學會使用本人出席活動的視像資料 - 包括相片、影片、文字、海報、圖像或音訊於宣傳媒介內(包括但不限於：刊物、網頁及宣傳品等)，以作宣傳「社區健康醫學堂」之用。
3. 本人明白香港醫學會保留更改活動內容的權利。如有任何爭議，香港醫學會保留一切之最終決定權。
4. 本表格所收集的個人資料僅用於活動安排。香港醫學會將對有關資料保密。

本人已閱讀並同意以上聲明。

簽署：_____ 日期：_____

請將已填妥及簽署的登記表格以下列方式交回香港醫學會。

傳真：2865 0943 或

電郵：elderlyhealth@hkma.org 或

郵寄：香港灣仔軒尼詩道 15 號溫莎公爵社會服務大廈 5 樓

(信封上請標明“老友記外展大使隊義工登記表格”)