

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
☐ 復康治療助理培訓證書 ☐ 復康助理員導引課程
☐ 醫護支援人員(臨床病人服務)訓練證書 ☐ 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：_____
☐ 學歷成績：_____
☐ 工作經驗：_____
☐ 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：_____