



醫療輔助隊少年團入隊申請表格 Application for Enrolment of the Auxiliary Medical Service Cadet Corps

(本隊人員填寫 For official use only)

申請人編號 Applicant No.		團員編號 AMS No.	
------------------------	--	-----------------	--

A部 - 申請人個人資料 Section A - Personal Particulars of Applicant

英文姓名 Name in English (Must be identical to your HKID card)				相片 Photo
中文姓名 Name in Chinese (必須與身份證上所載的相同)				
香港身份證號碼 HKID No.		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	
出生地 Place of birth		出生日期 (*1) Date of Birth	(日 DD / 月 MM / 年 YYYY)	
國籍 Nationality		聯絡電話 Telephone No.		
居住地址 Residential Address				
就讀學校 Name of School				
電郵地址 E-mail Address		申請人簽署 Signature of Applicant		

*1 申請人須年滿 12 歲但不足 16 歲。
The applicant must be aged 12 or above but under 16.

B部 - 申請人家長或監護人的資料 Section B - Details of Applicant's Parent or Guardian

英文姓名 Name in English			
中文姓名 Name in Chinese		與申請人關係 Relationship	
電郵地址 E-mail Address		聯絡電話 Telephone No.	
承諾書 Undertaking <input type="checkbox"/> 本人同意申請人參加醫療輔助隊少年團，並明白少年團團員會在指導下參加訓練及從事社會服務等工作。本人保證在他 / 她退團時，代為歸還一切由醫療輔助隊支發的制服及裝備；如該等物品遺失或損毀，將代為繳付賠償。 I agree to the Applicant's enrolment of the Auxiliary Medical Service Cadet Corps and understand that Cadets will take part in different duties, such as training and community services under guidance. I also undertake to return all the issued uniform and accoutrements when he/she leaves the Cadet Corps, and to compensate for any loss or damages on his/her behalf.			
家長 / 監護人簽署 (*2) Signature of Parent/Guardian		日期 Date	(日 DD / 月 MM / 年 YYYY)

*2 日後申請人的所有文書將以上述家長或監護人的簽署作準。
All documents of the applicant in the future will be signed by the above-mentioned parent or guardian.

C部 - 本隊人員填寫 Section C - FOR OFFICIAL USE ONLY

接見人 (請用正楷填寫姓名) Interviewer (Name in Block Letters)		職位 Post		隊員編號 AMS No.	
推薦 / 不推薦登記入隊 (將不適用者刪去, 如不推薦, 請在備註欄內說明) Enrolment recommended / not recommended (Delete as appropriate, if not recommended, please elaborate in the remarks column)					
備註 Remarks					
簽署 Signature			日期 Date	(日 DD / 月 MM / 年 YYYY)	

申請須知**Notes for Application**

- (1) 上述A部及B部的所有欄目均須填寫, 申請表格填妥後, 須整張寄回九龍何文田公主道81號醫療輔助隊總部。
All particulars in Section A and Section B above MUST be filled in. The whole completed application should be addressed to Auxiliary Medical Service Headquarters, 81 Princess Margaret Road, Ho Man Tin, Kowloon.
- (2) 本表格所填事項如有任何變更, 須立即通知醫療輔助隊總部。
The applicant is required to notify the Auxiliary Medical Service Headquarters immediately if there are any changes to the information provided in this form.
- (3) 家長或監護人必須簽署申請表格上的承諾書, 申請人才能申請加入醫療輔助隊少年團。
Parents or guardians of applicants must sign the undertaking of this application before the application for enrolment can be processed.
- (4) 收集個人資料聲明
本表格內所收集的個人資料, 會供醫療輔助隊作下列一項或多項用途:
 - (i) 招募事宜, 例如學歷評審和體格檢查;
 - (ii) 管理醫療輔助隊的資訊系統;
 - (iii) 作統計及研究用途;
 - (iv) 供醫療輔助隊舉辦有關活動/行動之用;
 - (v) 公布醫療輔助隊人事變更報告和訓令; 以及
 - (vi) 供法例規定、授權或准許的其他合法用途。

為本表格所收集的個人資料可能會出於上述目的, 轉交其他政府決策局和部門, 以及其他機構 (診所或活動代辦機構)。

申請人在申請表格上必須提供所需的資料, 但申請表格上註明是可選擇是否填寫的資料則屬例外。申請人如未能提供所需的資料, 或所填寫的資料未能清楚顯示申請人符合有關規定的最低要求, 申請將不獲受理。一般情況下, 未獲取錄申請人的資料將於招募程序完成後24個月全部銷毀。如有意在提交申請表格後查詢個人資料, 可向本隊的助理部門秘書提交書面要求 (地址: 九龍何文田公主道 81號醫療輔助隊總部)。

Personal Information Collection Statement

The personal data collected in this form will be used by the Auxiliary Medical Service for one or more of the following purposes:-

- (i) recruitment, e.g. qualification assessment and medical examination;
- (ii) administration of information system(s) of the Auxiliary Medical Service;
- (iii) statistics and research purposes;
- (iv) activities/operations of the Auxiliary Medical Service;
- (v) promulgation of Auxiliary Medical Service personnel occurrence reports and orders; and
- (vi) any other legitimate purposes as may be required, authorised or permitted by law.

The personal data collected may be disclosed to government bureaux, departments and other organisations (medical clinics or agencies conducting activities) for the purposes mentioned above. You are required to provide all the personal data requested in the application form, except those items clearly marked as optional. Your application will not be considered if you fail to provide all information as requested or it is not clear from your statements that you have met the minimum requirements. Information of unsuccessful candidates will normally be destroyed 24 months after completion of the recruitment. You can write to the Assistant Departmental Secretary of Auxiliary Medical Service (Auxiliary Medical Service Headquarters, 81 Princess Margaret Road, Ho Man Tin, Kowloon) if you wish to access your personal data after submission of the application form.

健康评估表格

甲、 申请人个人资料	
英文姓名：	中文姓名：
性别：	出生日期： 年 月 日
香港身份证号码： ()	联络电话：

乙、 申请人健康历史 (此栏由申请人家长 / 监护人填写)			
请于适用方格内加“√”；如回答“是”，请加以说明 (包括患病年期)			
1.	是否对食物或药物敏感？	<input type="checkbox"/> 是；请说明_____	<input type="checkbox"/> 否
2.	曾否因病入住医院接受治疗或动手术？	<input type="checkbox"/> 是；请说明_____	<input type="checkbox"/> 否
3.	是否正接受治疗，覆诊或需要长期服食药物？	<input type="checkbox"/> 是；请说明(药物/治疗)_____	<input type="checkbox"/> 否
4.	曾患有下列各项病症：(* 請刪去不適用者)		
	<input type="checkbox"/> 结核症 (痲病) _____	<input type="checkbox"/> 内分泌疾病 _____	
	<input type="checkbox"/> 哮喘 _____	<input type="checkbox"/> 糖尿病 _____	
	<input type="checkbox"/> 心脏病 _____	<input type="checkbox"/> 癌症 / 良性肿瘤 *	
	<input type="checkbox"/> 高血压 / 低血压 *	<input type="checkbox"/> 头部 / 颈部受伤 *	
	<input type="checkbox"/> 脑痫症 (癲病) _____	<input type="checkbox"/> 眼疾 / 视力问题 *	
	<input type="checkbox"/> 肠 / 胃病 *	<input type="checkbox"/> 遗传 / 家族性疾病 *	
	<input type="checkbox"/> 肝 / 胆 / 胰疾病 *	<input type="checkbox"/> 情绪 / 精神健康问题 *	
	<input type="checkbox"/> 肾病 _____	<input type="checkbox"/> 其他严重 / 长期疾病 *	
	<input type="checkbox"/> 其他可能需要协助情况 _____		
5.	是否乙型肝炎带菌？	<input type="checkbox"/> 是；请说明_____	<input type="checkbox"/> 否

丙、 声明 (此栏由申请人家长 / 监护人填写)				
本人谨此声明就以上乙栏提供有关申请人的资料真实无讹。本人同意申请人接受医生为申请人进行身体检查。本人明白有关资料会用作健康评估及办理申请人申请加入医疗辅助队少年团之用, 有关申请人的数据并会被保密处理。				
日期:	家长 / 监护人姓名:	与申请人关系:	联络电话:	家长 / 监护人签署:

丁、健康状况评估 (此栏由医护人员填写)				
身高：	公分	体重：	公斤	血压： / mmHg
		脉搏：		/分钟

戊、医学评估及建议 (此栏由根据《医生注册条例》第14条, 正式注册医生填写)		
本人证明申请人 适合 / 不适合 * 登记加入医疗辅助队少年团。 (* 请删去不适用者)		
医生姓名：	队员编号 (如适用)：	队员职级 / 职位(如适用)：
医生签署：	联络电话：	日期：