



澳門醫護志願者協會

The Macao Association of Medicals Volunteers
Associação dos Voluntários de Pessoal Médico de Macau

社團／機構徵求志願者服務登記表

社團／機構名稱：			
聯絡人姓名：		職位：	
聯絡地址：			
電話號碼：		傳真號碼：	
電郵地址：			

活動詳細資料			
活動名稱：			
舉行地點：	<input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 室內		
舉行日期：			
開始時間：		結束時間：	
活動對象：		活動人數：	
活動類型：			
活動內容：			
徵求服務種類：	<input type="checkbox"/> 駐場救護 <input type="checkbox"/> 健康檢查(請列明)：_____		
	<input type="checkbox"/> 隨行救護 <input type="checkbox"/> 其他(請列明)：_____		
申請醫護人員數：		集合時間：	
膳食供應：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	交通津貼：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
申請附件：	<input type="checkbox"/> 有(請列明)：_____ <input type="checkbox"/> 沒有		
申請須知：	<ul style="list-style-type: none">● 徵求志願服務登記，只限非牟利社團／機構。● 貴社團／機構需於活動前十二工作天遞交。● 有關是次活動之一次性醫療用品由本會代為購買，費用由貴社團／機構承擔。		
責任聲明：	<ol style="list-style-type: none">1. 主辦活動之貴社團／機構，需為活動期間所發生之意外承擔所有責任。2. 貴社團／機構需負責志願者參與是次志願服務時間內及往返途中發生意外之意外保障權利。		
補充資料：	社團／機構蓋章		
	登記日期：____/____/____		

此欄由本會填寫	<input type="checkbox"/> 本會將安排有關申請	服務檔案編號：_____
	<input type="checkbox"/> 本會未能安排有關申請	收件日期：____/____/____
	原因：_____	

澳門醫護志願者協會秘書處

電話：(853)28356482

傳真：(853)28356429

電郵：mamv2006@gmail.com

地址：澳門慕拉士大馬路218號澳門日報大樓12樓