



義工申請表  
Volunteers Application Form

**義工資料 Your Information:**

中文姓名 Chinese Name : \_\_\_\_\_

英文姓氏 English Surname : \_\_\_\_\_ 名 First Name : \_\_\_\_\_

性別 :  男 M /  女 F 聯絡電話 Tel No. : \_\_\_\_\_ (手提 Mobile) \_\_\_\_\_ (住宅 Home)

電郵 Email : \_\_\_\_\_ 傳真號碼 Fax : \_\_\_\_\_

年齡 :  6 - 10  11 - 15  16 - 20  21 - 30

Age  31 - 40  41 - 50  51 - 60  60 或以上 or above

地址 Address : \_\_\_\_\_

教育程度 :  小學 Primary  中學 Secondary  預科 Matriculated

Education  大專 College  大學或以上 Undergraduate/Postgraduate

工作狀況 :  學生 Student  在職 Employed  主婦 Homemaker

Working Status  退休 Retired  其他 Others : \_\_\_\_\_

操流利語言/方言 :  廣東話 Cantonese  普通話 Mandarin  英語 English

Language/Dialects Spoken  其他 Others : \_\_\_\_\_

能參與服務時間 : (可選多項)  平日日間  假日日間  任何時間

Time Available (Multiple Selection) Day time of weekdays Day time of weekend Anytime

平日晚間  假日時間  
Night time of weekdays Night time of weekend

你有興趣參與的義工服務 Volunteer Service you are interested in : (可選多項 Multiple Selection)

<input type="checkbox"/> 籌款 Fund-raising	<input type="checkbox"/> 工作坊/專業培訓 Workshops/ Professional training
<input type="checkbox"/> 研究 Research /Survey	<input type="checkbox"/> 文書/翻譯 Clerical / Translation
<input type="checkbox"/> 影片/網頁製作 Videos/Website production	<input type="checkbox"/> 健康教育(如:學校講座) Public awareness programs (e.g. School seminars)
<input type="checkbox"/> 醫院探訪 Hospital visits	<input type="checkbox"/> 其他(請列明) Others (Please specify) : _____

**收集個人資料 Personal Information Collection Statement**

你提供的資料只供申請為香港思覺失調學會義工、日後聯絡及通訊之用。除獲本會授權的人員以外，資料將不會提供予其他人士。

The information provided will be only used for enrollment as volunteer of EPISO, further correspondence, and promotion of activities organized by EPISO. Apart from personnel duly authorized by EPISO, no one will be given access to your personal information.

本人 \*願意 / 不願意 收取香港思覺失調學會的 \*通訊 / 電郵

I \*do / do not want to receive the \*Newsletter / Email from EPISO

\* 請刪去不適用者 Please delete as appropriate

申請人簽署 : \_\_\_\_\_

Applicant's Signature

日期 : \_\_\_\_\_

Date

謝謝支持! 請將申請表電郵至 secretariat@episo.org 或 傳真至 2872 7495 或 寄回「香港薄扶林香港大學精神醫學系轉交香港思覺失調學會」。Thanks for your supports! Please send your application form by email to: secretariat@episo.org OR fax to: 2872 7495 OR mail to: Hong Kong Early Psychosis Intervention Society, c/o Department of Psychiatry, The University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Pokfulam Road, Hong Kong.