



香港急症科醫學院

HONG KONG COLLEGE OF
EMERGENCY MEDICINE

大中华中毒救治培训慈善基金申请表格

申请项目:

A) 赞助100,000港元的12个月的培训

B) 赞助50,000港元6个月的培训

1) 个人资料和联系方式

中文全名*			
护照号码		英文全名*	
性别*		年龄*	

办公室电话号码		办公室地址	
手机号码*			
呼叫器		家庭住址*	
传真号码		其他地址	
电邮地址			

*必须填写

2) 当前的工作岗位，部门，医院或机构

职级		部门	
医院		机构	

3) 工作经验或简历

始于 (日/月/年)	结束日期 (日/月/年)	医院	部门	职级	备注

如果需要的话，请另加纸张

4) 在香港的培训计划

始于 (日/月/年)	结束日期 (日/月/年)	医院	部门	备注

5) 拟在香港逗留时间

到达日期 (日/月/年)	离开日期 (日/月/年)	备注

6) 临床毒理学培训后的发展计划

--

7) 申请人和当前部门单位领导的签署

职级:	
部门:	
医院:	
期间:	
顾问名称:	
顾问签名:	
医院盖章:	

8) 私隱及宣言聲明

当您注册“大中华中毒救治培训慈善基金”，您将接受以下声明：

资料保障声明

您提供的信息我们将绝对保密，您的个人信息在未经您的事先同意下将不会向第三方透露。除非在必要的情况下，以确认您所提供的实际资料和编制要求将提交给政府机构，如提供匿名统计数据给香港医学专科学院（Hong Kong Academy of Medicine）。我方人力资源部人员将在这些方面负责严格控制和限制存取敏感的个人数据。

当您提交申请“中华中毒救治培训慈善基金”，您将接受以下声明：

申请人宣言

本人确认就本人所知的信息，我已提供的申请的所有资料（包括家庭住址和自我声明）是完全正确的和真实的。我明白如果被发现故意虚假或误导资料及信息，我可能会被取消申请资格，如果已成功审批，已被审批基金将被立即解除，恕不另行通知。

邮寄地址：

香港急症科医学院
香港医学专科学院809室
黄竹坑道99号，
香港仔

申请截止日期：

2021年8月31日

签名 : _____

名称 : _____
(如用英文请以正楷书写)

日期 : _____