

填妥此表格後，請電郵 [mail.qhna@qhs.com.hk](mailto:mail.qhna@qhs.com.hk) 或  
傳真 2851-6239 到卓健護理介紹所，我們將會安排您預約登記。  
P.5-P.8合約條款將於面試時派發及解釋，才正式完成登記程序。

如有任何查詢，請致電馬小姐 2975-2392 或 黃小姐 2975-2646

Fill in this form and return to QHNA by email [mail.qhna@qhs.com.hk](mailto:mail.qhna@qhs.com.hk) or by fax 2851 6239, and we will invite you to come to our office for an interview. P.5 - P.8 hardcopy agreement will be provided during interview in our office, and will treat as complete registration.

If you have any enquiry, please call Ms Ma 2975-2392 or Ms Wong 2975-2646

# 登記表

## 醫護專業人員為獨立承包人

欲登記為獨立承包人，請詳細閱讀及填妥以下文件：

- (1) 登記表 (page 2-5)
- (2) 為獨立承包人介紹協議 (page 6-8)

請參閱本公司的「獨立承包人士專業守則」後，填妥及交回此表格，並保留「獨立承包人介紹協議」副本。



## 個人資料

請  職級：

<input type="checkbox"/> 註冊護士	<input type="checkbox"/> 登記護士	<input type="checkbox"/> 中國受訓護士	<input type="checkbox"/> 陪月員
<input type="checkbox"/> 健康服務助理 / 醫護支援人員	<input type="checkbox"/> 保健員	<input type="checkbox"/> 起居照顧員 / 護理員	<input type="checkbox"/> 家務助理 / 常務
<input type="checkbox"/> 其它：請詳述 _____			

姓 (中文)：	姓 (英文)
名 (中文)：	名 (英文)
香港身份證號碼：	
地址：	
居處電話：	
流動電話號碼：	
電郵地址：	
出生地點：	
出生日期：	
年齡：	
國籍：	
性別：	
高度 (米)：	
體重 (千克)：	
3M N95 口罩型號：	<input type="checkbox"/> 1860s <input type="checkbox"/> 1860 <input type="checkbox"/> 1870+   other:

你曾否患有任何生理或心理病？	否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	如有，請說明：	
婚姻狀況			
兒女資料（數目、年齡、性別）：			
你是否有犯罪記錄？	否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	如有，請詳述：	
你是否有性罪行定罪紀錄？	否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	如有，請詳述：	
語言 - 廣東話	流利程度： 少許 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 書寫程度： 少許 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/>		
語言 - 英語	流利程度： 少許 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 書寫程度： 少許 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/>		
語言 - 普通話	流利程度： 少許 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 書寫程度： 少許 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/>		
你有否在其他的看護服務公司登記？	否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	如有，請註明機構名稱：	
你怎樣認識本公司？	廣告 <input type="checkbox"/> / 朋友介紹 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> / 互聯網 <input type="checkbox"/>	其它請詳述：	

### 專業資格

畢業醫院/學校/機構名稱	日期	考獲資格	證書號碼

### 付款方法

自動轉帳	銀行名稱	銀行帳戶持有者	銀行號碼+帳戶號碼

### 諮詢人 / 工作經驗

諮詢人姓名		電話	
緊急聯絡人姓名		電話	

工作經驗 (包括內陸及香港)	地點 (醫院/公司及地址)	由(月/年)至(月/年)	職位
急症室			
內科			
外科			
骨科			
兒科			
腎科			
產科			
腫瘤科			
深切治療			
初生嬰兒深切治療			
老人科			
精神科			
胃/腸鏡			
手術室			
智障			
教學			
其他 (請詳述)			

### 專門技能

專門技能 (請在格內√)	靜脈導管插入	<input type="checkbox"/>	抽血	<input type="checkbox"/>
	換造口袋	<input type="checkbox"/>	腹腔胃切管(PEG) 餵飼	<input type="checkbox"/>
	鼻胃管餵飼	<input type="checkbox"/>	腹膜透析	<input type="checkbox"/>
	急救 / BLS / ACLS	<input type="checkbox"/>		