

填妥此表格後(第一至五頁) ，請電郵：mail.qhna@qhs.com.hk 或
傳真 2951-6239 或 WhatsApp 5505-9983 / 9172-9062 傳送到卓健護
理介紹所，我們將會安排預約登記。

Please fill in this form(P.6-8) and return to QHNA by email :
mail.qhna@qhs.com.hk or fax 2951-6239 or WhatsApp 5505-9983 / 9172-9062.
We will invite you to interview.

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

Remarks: You could fill in the form with Adobe Reader

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 6-9)

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 |
|--------------|----|------|------|
| | | | |
| | | | |

收服務費方法

| 收服務費帳戶 | 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"/> | | |

疫苗接種和體檢記錄

獨立承辦人仕應盡快提交所有檢查/測試結果/疫苗接種記錄，如登記後資料有任何更改，請立刻通知卓健護理介紹所

| | | |
|------------------|---|----------|
| X 光檢查 | 請 <input checked="" type="checkbox"/> 如適當 | 備註/日期/記錄 |
| | 是 否 | |
| 職務開始前不超過一年已照 X 光 | | |

| | | |
|------------------|---|----------|
| 疫苗接種記錄 | 請 <input checked="" type="checkbox"/> 如適當 | 備註/日期/記錄 |
| | 是 否 | |
| 乙型肝炎疫苗 | | |
| 麻疹，腮腺炎和風疹(MMR)疫苗 | | |
| 水痘疫苗 | | |
| 其它疫苗（請註明）： | | |

| | |
|--------------------------|--|
| 建議接種疫苗之類別： | 劑量 |
| 乙型肝炎狀呈陰性者，請安排： | <input type="checkbox"/> 首次接種劑量: 共三針(0,1,6 月) <input type="checkbox"/> 加強劑量: 乙型肝炎疫苗注射一針或 <input type="checkbox"/> 加強劑量: 共三針(0,1,2 月) |
| 麻疹，腮腺炎和風疹(MMR) 呈陰性者，請安排： | <input type="checkbox"/> 首次接種 MMR 者: 共兩針(0,1 月) <input type="checkbox"/> 曾經接種 MMR 者: 一針 |
| 水痘測試呈陰性者，請安排： | <input type="checkbox"/> 呈陰性者, 接種劑量: 共兩針(0,2 月) 加強劑量一針: <input type="checkbox"/> 高風險組工作人員、例如兒科、婦產科、血液學、腫瘤學、骨髓移植傳染病單位/隔離病房、急症室 |

“本人現同意卓健護理介紹所有限公司使用本人在此表格提供的醫療資料，並在卓健護理介紹所有限公司認為有需要的情況及適當的目的下轉交予醫院管理局或第三方。”

簽名：_____

護士/護理者姓名：

日期：