



菲臘牙科醫院
The Prince Philip Dental Hospital

菲臘牙科醫院
牙科手術助理員基礎課程 2026
報名表

For Office Use Only

App. No. DSA26FC _____

Received on _____

注意事項

1. 申請人需於 2026 年 4 月 12 日或之前將填妥的申請表格及所需證明文件副本以電郵傳送至 pdtc@ppdh.org.hk，並於電郵標題註明「報讀 2026 牙科手術助理員基礎課程」。
2. 申請人必須填寫此表所有部分 (第 III 部份由現任僱主填寫)，並確保所提供資料正確無誤。[申請人須附上所有於牙科診所就業的證明文件副本，以證明具備報稱的工作經驗及年資。如空位不敷應用，請另頁詳列有關資料，並夾附於本申請表]。

I. 個人資料

- 中文姓名: _____ • 英文姓名: _____
- 香港身份證號碼: _____ • 出生日期: _____ (DD/MM/YYYY)
- 聯絡電話: _____ • 性別: _____
- 電郵地址: _____ (作收取通知及證書之用)
- 現時任職公司及報讀課程的原因: _____

II. 現時任職的牙科診所及五年內牙科診所就職的工作經驗 (請倒序列出，如適用)

日期 (MM/YYYY)		診所名稱	職位
由	至		

III. 現任僱主 / 代表填寫部分(適用於任職牙科診所人士) To be completed by current employer or authorized representative of current employer

我推薦_____ (申請人名稱) 報讀菲臘牙科醫院舉辦的 2026 牙科手術助理員基礎課程。

*本公司將全數資助 / 資助部份 / 申請人將個人支付 相關學費。

I recommend _____ (applicant's name) to join the 2026 DSA Foundation Course organized by the Prince Philip Dental Hospital. The course fee would be *fully subsidized by the company / partly subsidized by the company / borne by the applicant. *刪去不適用者 delete as appropriate

僱主姓名及職銜 Name/Title of the current employer

僱主代表姓名/職銜 Name/Title of the current employer representative

僱主/僱主代表姓名簽署 Signature of the current employer/employer representative

診所地址 Clinic address: _____

聯絡電話 Contact number: _____ 日期 Date: _____

IV. 申請者聲明

- ✓ 本人聲明在此報名表格填報的資料均屬完整正確。
- ✓ 本人明白如故意提供任何虛假信息或隱瞞任何重要信息，我將會被勒令退學。
- ✓ 本人已細閱、明白並同意「申請人須知」、「使用個人作品及或影像」及「個人資料收集聲明」的內容。

申請人簽署: _____ 日期: _____

申請人須知

1. 本院將於 2026 年 5 月 6 日或之前透過電郵通知成功獲取錄的申請人。獲取錄人士需於成功取錄通知電郵發出的五個工作天內繳付學費港幣 2,400 元正以確認學位。除因課程取消，已繳之學費恕不退還。
2. 學員如缺席課堂，一律不設補課。
3. 本院保留因應屆時政府公佈之最新應變級別指引更新感染控制相關要求的權利。
4. 本院保留權利於不可預知和控制因素下取消課程，並於有需要時更改任何原定課程之導師、上課時間、地點及內容。
5. 如課程取消，本院職員將以電郵通知已報名學員，安排退還已繳學費。
6. 本院保留有關課程任何事宜之最終決定權。

使用個人作品及或影像

1. 本人同意及授權菲臘牙科醫院（下稱「醫院」）使用、複製、展示、顯示、廣播及/或分發本人之作品及或影像（包括醫院或受其委託人士攝錄或製作與本人有關的照片、影片或錄音）（下稱「該作品及或影像」），並且不受取任何酬勞。該作品及或影像將經任何現有或將來開發的媒體作有關於宣傳、推廣及/或報導醫院課程之用（包括任何刊物、廣告、互聯網、社交媒體、電視或電台廣播）。本人同意該作品及或影像的版權及其他知識產權屬醫院所有。
2. 本人同意醫院可不作另行通知剪裁、改變、修飾該作品及或影像及 / 或把該作品及或影像與其他影像文字、聲音及 / 或圖像組合，及 / 或不時修改和編輯任何包含該作品及或影像的材料。
3. 本人明白醫院對有關本人之作品及或影像有絕對使用權，醫院亦無需將製成品提交本人檢視或批核。
4. 本人已閱讀及明白此文件，並同意受其約束。

個人資料收集聲明

1. 申請人向本院提供任何個人資料之前，必須先閱讀本部份。
2. 本院會要求申請人提供他們的個人資料，作為有關入學申請之用途。
3. 本院會以拍攝照片形式收集你的個人影像（即個人資料），目的為推廣本院服務及課程，並將於本院網頁或推廣醫院服務及課程的活動中使用有關你的影像，直至該目的達成為止。
4. 本院會永久保留獲取錄申請人的個人資料，作為學員紀錄的一部份。其他申請人之個人資料會於開課後一個月銷毀。
5. 當申請人向本院提供其個人資料時，請確保資料準確及完整。如申請人不能向本院提供所需的資料或申請人提供了錯誤或不完整的資料，其入學申請將會受到影響。

6. 申請人的個人資料可能會被交予：
- (a) 本院有關人士；
 - (b) 政府或其他有關人士，以便處理跟申請人的入學申請、就讀或相關事宜；或
 - (c) 任何有關的政府部門/管理機構，以符合有關法例的要求。
7. 除了上文所述以外，本院只會在下列情況下使用、透露或轉移申請人向本院提供的個人資料：
- (a) 作為入學申請、就讀或其他有關的目的；或
 - (b) 在法律容許的情況下。
8. 在使用申請人的個人資料於其他用途前，本院會先向申請人取得同意。
9. 如申請人要求查閱或更改其個人資料，請於辦公時間內與本院牙科輔助人員培訓中心聯絡。

地址：菲臘牙科醫院 5 樓 5B13 室 辦公時間：星期一至五 上午 8:30 至 12:30 下午 1:30 至 5:30 (公眾假期除外)	電話：2859 0543 / 2859 0566 電郵：pdtc@ppdh.org.hk
---	---