

職業性失聰補償管理局
「勞工團體活動贊助計劃」申請表



甲部：

1. 申請團體資料：

團體名稱：_____

通訊地址：_____

電話號碼：_____ 傳真機號碼：_____

電郵地址：_____ 網頁：_____

會員人數：_____ (* 註冊 / 列冊) 職工會登記號碼：_____

所屬聯會(例如：工聯會、勞聯等)：_____

2. 活動負責人資料：

姓名：_____ 職位：_____

聯絡電話號碼：_____ 電郵地址：_____

乙部：

申請贊助活動的詳細資料(如有需要可另用紙張填寫)

1. 活動名稱、形式及目標：

2. 參加活動對象和預計人數(包括會員與其他參加者的比例)：

3. 活動舉辦日期及地點：

4. 活動初步的總收入和總支出預算(請詳列)：

5. 宣傳預防職業噪音引致失聰/職業性失聰補償計劃的方式(請參考申請章程)：
6. 預算用於宣傳預防職業噪音引致失聰/職業性失聰補償計劃的直接開支項目：
7. 申請的贊助金額：
8. 其他贊助機構的名稱和其贊助方式(若有的話)：
9. 給予鳴謝職業性失聰補償管理局贊助的方式：
10. 如將製作海報/單張或紀念品等以宣傳預防職業噪音引致失聰/職業性失聰補償計劃，請提供詳細資料(所有與申辦活動有關的宣傳印刷品、紀念品等必須先獲得職業性失聰補償管理局同意及批核，才可使用)。

丙部：聲明

本團體在上一財政年度的贊助計劃中 * 曾 / 未曾 獲得職業性失聰補償管理局贊助。(*請刪去不適用者。)

本團體在贊助申請表格所提供的資料及/或與贊助申請有關的補充資料均正確。本團體明白職業性失聰補償管理局為贊助計劃所訂立的所有規定及撥款指引，並將按其規定及撥款指引來籌辦所申請贊助的活動。

團體主席姓名、簽署及蓋章： _____

填表人姓名： _____ 填表人職位： _____

聯絡電話號碼： _____ 日期： _____

註：申請表格須連同職工會登記證或團體的註冊文件副本，**在活動舉行最少二個月前**遞交職業性失聰補償管理局(地址：九龍長沙灣長裕街10號億京廣場2期15樓A-B室；電話：2723 1288；傳真號碼：2581 4698)。請在信封面註明「勞工團體活動贊助計劃」。