

職業性失聰補償管理局
「噪音工地◆保護聽覺」活動贊助計劃申請表
2026/27



甲部：申請團體資料

1. 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，申辦活動詳情可另以計劃書形式提交)

1. 活動名稱、形式及目標：
2. 參加活動對象和預計參加職工人數(包括參加者的行業背景及工種類別)：
3. 活動舉辦的日期及地點：
4. 活動初步的總收入和總支出預算(請詳列所有收支項目及金額)：

5. 預算用於宣傳預防職業噪音引致失聰的直接開支項目及金額：

6. 宣傳預防職業噪音引致失聰的方式：

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聽覺保護的資訊，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；電郵地址：contact@odcb.org.hk)。信封面請註明「噪音工地•保護聽覺」贊助計劃。在星期日或公眾假期以任何形式，包括傳真或電郵提交的贊助申請，管理局將以下一個工作日作為其提交申請的日期。

(HPS/F1/03/C)