



財團法人佛教僧伽醫護基金會

Buddhist Sangha Health Care Foundation

108 年度照顧服務員培訓計劃

報名表

參加班次		學號 (無需填寫)		照片黏貼處	
姓名		性別			
身分證字號		出生年月日	民國 年 月 日		
通訊地址	□□□				
戶籍地址	□□□				
學歷		聯絡電話		行動電話	
緊急聯絡人 姓名		緊急聯絡人 關係		緊急聯絡人 電話	
參加動機	<input type="checkbox"/> 失業中，對此類工作有興趣 <input type="checkbox"/> 從事非相關行業中，對此類工作有興趣 <input type="checkbox"/> 從事相關行業中，需取得證書 <input type="checkbox"/> 其它				
※ 是否同意協會將您的資料轉介給新北市長照機構或居家照顧單位 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意					
身份證黏貼處	正面 (請浮貼)		反面 (請浮貼)		
	(繳費收據黏貼處)				

新北市板橋區文化路一段30號7樓

電話：02-2682-9188 傳真：02-2682-9181