114年核心工作人員訓練 報名表

附件二

附件三

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 推薦單位 |  | 繳交二吋照片  共**兩張**：  1張**黏貼**於此、  1張**浮貼**附上 |
| 身分證字號 | 保險用 | LINE ID |  |
| 生日 | 民國 年 月 日 | 性別 |  |
| 學校 |  | 科系/年級 |  |
| 聯絡電話 | （H） | 行動電話 |  | |
| 通訊地址 | □□□□□□  （可聯絡之地址） | | | |
| E-mail |  | | | |
| 身體狀況 | □佳 □尚可 □較弱 | 飲食狀況 | □葷食、□素食，其他\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 特殊疾病 |  | | | |
| 相關經歷 | 曾規劃、設計、籌備舉辦過相關四健會活動(可自行增加欄位)  □是，活動名稱  1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，擔任職位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，擔任職位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，擔任職位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □否 | | | |

|  |
| --- |
| 所屬四健會指導員簽章： |
| 再次提醒您，網路報名日期自即日起至114年2月26日(三)止。如欲報名，請先至**網路表單**(https://4-h.me/was80)填寫報名資料，並將紙本報名表寄至本協會，以配合本協會遴選及作業。 |

**中華民國四健會協會（100032台北市中正區辛亥路一段37巷1號）**

**鄭恩僖專員 電話：02-2362-6021#15 傳真：02-2365-9345**