

阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院學生服務學習報名表

112.11 修訂

報名日期： 年 月 日

姓名： <small>護照羅馬拼音：</small>	出生年月日： 年 月 日	照 片
身分證字號：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
戶籍地址		
通訊地址	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (必填，郵寄通知函及服務證明用)	
聯絡方式	家用： 手機：	緊急聯絡人姓名： 關係： 電話：
教育程度	<input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 其他	就讀學校
語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 其他	電子信箱 (必填，e-mail 值班表用)
服務學習期間： <input type="checkbox"/> 寒假 _____ <input type="checkbox"/> 暑假 _____	消息來源	<input type="checkbox"/> 本院公佈欄 <input type="checkbox"/> 朋友告知 <input type="checkbox"/> 院內員工/志工 <input type="checkbox"/> 本院網頁 <input type="checkbox"/> 老師告知 <input type="checkbox"/> 其他
服務理由	(此處為空白欄位)	
職前訓練時間	113年1月22日(一)9:00-11:00 <input type="checkbox"/> 可參加 <input type="checkbox"/> 不可參加 是否參加職前訓練，若不可參加即無法進行服務學習，請注意	
服務學習時段： <input type="checkbox"/> 01/23(二)-01/26(五) <input type="checkbox"/> 01/30(二)-02/02(五) (上午 8:00-11:00 或 08:30-11:30 及 13:30-16:30) <input type="checkbox"/> 配合最新院方防疫規定		

尚有背面

◆具照片身分證件影印黏貼

正面	反面
----	----

◆學生證影印黏貼

正面	反面
----	----

◆服務學習活動同意暨切結書◆

茲同意服務學習者_____於____年____月
____日至____月____日期間於阮綜合醫療社團法人阮綜合
醫院參與服務學習活動，服務學習者須遵守本院相關規
定。本活動僅提供服務體驗場所，未提供服務學習者意外
或團體保險及相關福利，如有任何意外，需由本人自行負
責，特立此切結書為憑。

立同意書人：(由家長簽字或蓋章)

身分證字號：

關係：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國_____年_____月_____日