110年 核心工作人員訓練 報名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 推薦單位 |  | (繳交二吋照片共兩張：1張黏貼於此、另1張浮貼附上) |
| 身分字號 | 保險用 | LINE ID |  |
| 生日 | 民國 年 月 日 | 性別 |  |
| 學校 |  | 系級 |  |
| 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110年3月1日止。如欲報名，請先至本會部落格網站https://www.fourh.org.tw上網登錄個人資料，並填妥正本輔以佐證資料寄至中華民國四健會協會，以配合本會遴選及作業。 |

**中華民國四健會協會（100043台北市中正區辛亥路一段37巷1號）**

**林楚晟專員 電話：02-23626021#12 傳真：02-23659345**