**財團法人天主教失智老人社會福利基金會辦理**

**臺北市民間單位照顧服務員訓練班第2期 報名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性別 | □男□女 | 連絡電話 | （日間）： （手機）：（夜間）： |
| 一吋照片2張黏貼處(請浮貼並寫上名字) | 服務單位 |  | 職稱 |  |
| 機構收據開立名稱 |  | 統一編號 |  |
| 戶籍地址 | □□□-□□ |
| 通訊地址（證書寄發地址） | □□□-□□ |
| E-mail |  |
| 參加動機 | □失業中，對此類工作有興趣 □從事**非相關**工作中，對此類工作有興趣□從事**相關**工作中，需取得此項結業證書 □其他： |
| 訊息來源 | □親友介紹 □報章雜誌 □電視媒體 □機構推派 □其他： |
| 身分證黏貼處 | （正面影本，請自行影印**浮貼**，**現場報名恕不提供影印服務**） | （反面影本，請自行影印**浮貼**，**現場報名恕不提供影印服務**） |
| **注****意****事****項** | 一、請先閱讀確認皆可配合課程需求，且皆可全程參與課程後再報名。二、需開立收據核銷，請另外告知，**不需要者，一律開立個人收據。收據已開立然事後要求更改為機構抬頭，將以手寫蓋章證明，不另重新開立新收據，請務必留意。****三、課程訊息將以電子郵件及手機簡訊通知，請務必確實填寫，以免漏掉重要訊息。** |
| 本人已閱讀並詳細瞭解報名簡章內容，並願意遵照主辦方開課規範。**簽名：** |