

## 112-2 初級急救員訓練班報名表

編號：\_\_\_\_\_

報名梯次	1	受訓時數	16 小時
開訓日期	113 年 3 月 2 日	結訓日期	113 年 3 月 3 日

中文姓名			身分證字號			
英文姓名			駕照種類 <input type="checkbox"/> 大貨車 <input type="checkbox"/> 大客車 <input type="checkbox"/> 職業小客車 <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 自用小客車 <input type="checkbox"/> 無			
出生日期	年	月		日		
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女				
學歷	<input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 無 校名：_____ <input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 學號：_____					
	科系：_____技_____系_____年_____班 目前： <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 畢業					
公司電話			職業類別	<input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 無		
住宅電話						
手機			醫療衛生人員	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 衛教人員 <input type="checkbox"/> 其他		
E - m a i l						
通訊地址	縣	市區	路(街)	段		
	市	鄉鎮	巷	弄	號	
					樓之	
備註	1. 請列印本報名表或至衛保組填寫並攜帶報名費用 300 元，親至衛保組繳交。(報名後概不退費。) 2. 每梯名額限 40 名。 3. 英文姓名請填寫與 <u>護照</u> 相同。					