高雄榮民總醫院護理部

109 年照顧服務員訓練(自費班）報名表（8 月）

2020.05.31

班別	**照顧服務員訓練(自費班)**		學　號		**相片浮貼** （近 1 年內正面半身照片 2 吋 1 張，背面請註明姓名）
開訓日期*	西元 2020 年 08 月 03 日		結訓日期	西元2020 年 8 月 25 日	
中文姓名*			身分證字號*		
英文姓名*	Last Name（姓）:		First name（名）:		
性　　別*	1.□男 2.□女	出生年月日*	西元　　年　　月　　日		
最高學歷*	1.□國中（含以下） 2.□高中職 3.□專科 4.□大學 5.□碩士 6.□博士				
學校名稱*			科　系*		
畢業狀況*	1.□畢業 2.□肄業 3.□在學中		在學中就讀學校		

戶籍地址*	□□□			
通訊地址*	□□□			
聯絡電話*	（　　）	行動電話		
電子郵件				
身分別	□一般民眾	婚姻	子女數	主要語言
	□公務員退休	□已婚	子：	□國語
	□軍人	□未婚	女：	□台語
	□就學者	□離異		□客語
	□在職者	□鰥寡		□其他語_____

緊急通知人姓名*		緊急通知人關係*		緊急通知人電話*	（　）
受訓前工作經歷	服　務　單　位		課程訊息管道		
			□本院網站□長照管理中心□里長辦公室 □本院海報□宣傳單張□親友介紹□其他		

是□ 否□ 同意提供您的基本資料供求才廠商查詢*（姓名、年齡、性別、學歷、科系、電話、電子郵件帳號）

*本班次 109 年照顧服務員訓練班為自費班，參訓學員需繳交 7,000 元訓練費用。	**學員確認簽名*：**	

身分證正面影本	身分證反面影本
請實貼-	-請實貼-
良民證	良民證
請實貼-	-請實貼-

辦理照顧服務員訓練體檢表

年　月　日

姓名		性別		出生日期	年　月　日	年齡	歲
地址					連絡電話		
身高	公分	體重	公斤	身份證字號			
檢查項目		檢查結果		備註			
胸部 X 光攝影							
B 型肝炎抗原抗體							
血　糖							
血　壓							
一般檢驗							
檢查結果總評欄							

檢查醫療機構名稱　：　　總評醫師：