

大學生性教育推廣培訓 報名表

報名場次	<input type="checkbox"/> 南區 106 年 10 月 14 日 (六) 高雄蓮潭國際會館 (102 教室) <input type="checkbox"/> 中區 106 年 10 月 28 日 (六) 臺中市維他露基金會 (1 樓會議室) <input type="checkbox"/> 北區 106 年 11 月 4 日 (六) 新店矜谷國際會議中心 2F (C 廳)					
小組所屬單位	校名/科系/年級：_____ 系學會/社團名稱：_____					
小組主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 擔任幹部：_____					
指導老師/教官				連絡電話：_____		
參加學生之基本資料 (希望男女性別各 2 分之 1 為佳)						
學生姓名				學生姓名		
生日	年	月	日	生日	年	月
身分證字號				身分證字號		
聯絡方式	手機：_____			聯絡方式	手機：_____	
	E-mail：_____				E-mail：_____	
飲食習慣	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素			飲食習慣	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素	
緊急聯絡人	姓名			緊急聯絡人	姓名	
	手機				手機	
	關係				關係	
學生姓名				學生姓名		
生日	年	月	日	生日	年	月
身分證字號				身分證字號		
聯絡方式	手機：_____			聯絡方式	手機：_____	
	E-mail：_____				E-mail：_____	
飲食習慣	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素			飲食習慣	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素	
緊急聯絡人	姓名			緊急聯絡人	姓名	
	手機				手機	
	關係				關係	
備註:						
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 字跡請端正整齊，身份證字號用途為保險所需，絕不外洩！ ◆ 請於 106 年 10 月 2 日(一)前填寫完後請傳真至 02-2915-3317，請務必來電 02-29153185，確認是否收到您的報名表，謝謝!! 						
衛生保健組：				課外活動組：		
(請簽名或蓋章)				(請簽名或蓋章)		