

臺南市麻豆區衛生所-衛生保健志工基本資料表

申請日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚
生日	民國 年 月 日	身分證字號			
住址					
得知召募方式	<input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 親朋 <input type="checkbox"/> 曾參與本所活動 <input type="checkbox"/> 平面媒體 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
現職	<input type="checkbox"/> 工商業 <input type="checkbox"/> 公教人員 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 退休人員 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
目前工作單位				職稱	
聯絡方式	電話	(公)	(宅)	手機	
	電子郵件				
宗教信仰	<input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
原住民	<input type="checkbox"/> 是(族別：_____族) <input type="checkbox"/> 否		介紹人：		
教育程度	<input type="checkbox"/> 研究所 (<input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士) <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 國中及以下				
畢業學校				畢業科/系/所	
服務項目	<input type="checkbox"/> 常規服務 <input type="checkbox"/> 非常規服務 <input type="checkbox"/> 其他_____				
服務經歷				專長	
服務動機					
其它社團服務					
可服務時間	上午時段： <input type="checkbox"/> 星期一 <input type="checkbox"/> 星期二 <input type="checkbox"/> 星期三 <input type="checkbox"/> 星期四 <input type="checkbox"/> 星期五 下午時段： <input type="checkbox"/> 星期一 <input type="checkbox"/> 星期二 <input type="checkbox"/> 星期三 <input type="checkbox"/> 星期四 <input type="checkbox"/> 星期五 <input type="checkbox"/> 星期六 <input type="checkbox"/> 星期日 <input type="checkbox"/> 其他_____				
志願服務 基礎 訓練	<input type="checkbox"/> 曾參加 <input type="checkbox"/> 未曾參加		志願服務 特殊 訓練	<input type="checkbox"/> 曾參加 <input type="checkbox"/> 未曾參加	
領有志願服務紀錄冊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				