

臺南市白河區衛生所衛生保健志工報名表

姓名		性別		請貼二吋 脫帽相片 (背面請 註明姓名)
身分證字號				
生日	民國____年____月____日			
電話		手機		
通訊地址				
職業	<input type="checkbox"/> 退休公教人員、 <input type="checkbox"/> 現職公教人員、 <input type="checkbox"/> 工商、 <input type="checkbox"/> 家管、 <input type="checkbox"/> 學生、 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
希望服務的 內容	<input type="checkbox"/> 行動醫院全民健檢 <input type="checkbox"/> 門診醫療協助 <input type="checkbox"/> 文書處理 <input type="checkbox"/> 社區防疫與健康事務推動 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
理想服務 時間	<input type="checkbox"/> 定期性服務：每星期____、時段： <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 (一次以 3 小時為限) <input type="checkbox"/> 不定期性服務 <input type="checkbox"/> 其他(因應單位需要，配合參與)			
專長		興趣		
志工經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，至今服務經驗有____年，服務單位：_____			

※填寫完畢後請電洽蕭小姐 06-6852024#101