**臺南市政府社會局身心障礙福利與服務需求評估作業**

**附表2**

**專業團隊人員　基本資料表**

□審核不通過 □審核未通過 審核年度： 年度

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 姓名 |  | 專業類別 | □醫事□特教□社工□職評 |
| 身份證字號 |  | 性別 |  | 工作年資 |  |
| 電話 | （公） | 手機號碼 |  |
| 電子信箱 |  |
| 通訊地址 |  |
| 檢附資料確認**共 件** | * 最高學歷或相關學歷證書□本計畫第三點規定之專業人員證書或證明
* 在職證明□服務證明□足資證明有本計畫第三點各款情形之相關文件
 |
| 身分證影本正面黏貼欄 | 身分證影本反面黏貼欄 |
| 學 歷 |
| 學校名稱 | 院系科系 | 修業年限 | 畢業 | 結業 | 肄業 | 教育程度(學位) | 證書日期文號 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 經 歷 |
|  |
| 考 試 |
| 年度 | 考試 | 類科別 | 證書日期文號 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 專 門 職 業 及 技 術 人 員 考 試 或 檢 覈 |
| 專門職業及技術人員考試或檢覈及格證書 | 專門職業及技術人員證書 |
| 年 度 | 類 科 | 生 效 日 期 | 核發機關 | 證書日期文號 |
| 年 | 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 是否曾從事身心障礙服務相關工作 | □是 年 □否 | 是否接受過ICF相關教育訓練 | □是 □否 |
| 繳交前請自行審閱無誤，證件如有不實，經查證不予聘用。  **填表人確認後請簽名：**  |
| 審核欄 | 證件審核：符合 證件未齊全，於 月 日通知補件。不符合（原因： ）審查人員：審核日期：**（本欄由審查人員填寫，填表人請勿填寫）** |