

轄區職訓機關		臺北市職能發展學院		訓練別*		公務預算委外職能進修		*相片	
學號 (同簽到單之編號)									
班別名稱*		健康蔬食養生料理班		報到日期*		110年05月30日			
開訓日期*		110年05月30日		結訓日期*		110年07月25日			
中文姓名*				性別*		☐ 男 ☐ 女			
英文姓名		Last Name (姓):		First name (名):					
身分證字號*				生日*		中華民國 年 月 日			
最高學歷*		☐ 國中(含以下) ☐ 高中職 ☐ 專科 ☐ 大學 ☐ 碩士 ☐ 博士 ☐ 其他							
學校名稱*					科系*				
畢業狀況*		☐ 畢業 ☐ 肄業 ☐ 在學中			兵役狀況*		☐ 役畢 ☐ 未役 ☐ 免役 ☐ 在役		
在役者 必填	軍種*			職務(兵役)				階級*	
	服務單位 名稱*				主管階級姓名				
	單位電話*			服役日期*		民國 年 月 日至民國 年 月 日			
	服役單位 地址								
通訊地址*									
戶籍地址*									
聯絡電話*		()			行動電話				
電子郵件					原住民族別				
參訓身分別* (僅能擇一)		☐ 一般身份者 ☐ 就業保險被保險非自願性失業者 ☐ 就業保險被保人自願失業者 ☐ 獨自負擔家計者 ☐ 家庭暴力受害者 ☐ 更生保護人 ☐ 身心障礙者 ☐ 低收入或中低收入戶 ☐ 中高齡 ☐ 原住民 ☐ 外籍配偶 ☐ 大陸配偶 ☐ 長期失業者 ☐ 二度就業婦女 ☐ 參加職業工會者 ☐ 其他							
必填身心 障礙者	障礙類別*	☐ 未填列 ☐ 視覺障礙者 ☐ 聽覺或平衡機能障礙者 ☐ 聲音機能或語言機能障礙者 ☐ 肢體障礙者 ☐ 智能障礙者 ☐ 多重障礙者 ☐ 重要器官失去功能者 ☐ 顏面傷殘者 ☐ 精神障礙者							
	障礙等級*	☐ 未填列 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度							
緊急通知人姓名*				關係*				電話*	()
緊急通知人地址*									
工作經歷	服 務 單 位			職 稱		任 職 起 迄 年 月			
						民國 年 月 ~ 年 月			
						民國 年 月 ~ 年 月			
						民國 年 月 ~ 年 月			
*您已同意本學院於職業訓練事務、統計分析、與相關訊息之必要 就本人於報名及受訓期間所提供之個人資料得為蒐集、處理及利用									