

中華民國紅十字會 到院前創傷救命術(PHTLS)訓練 報名表

填表日期：

中文姓名				英文姓名			
身分證字號				性別		飲食	葷 / 素
出生日期(西元)				身分類別	<input type="checkbox"/> (高級)急救教練或基本救命術教練 <input type="checkbox"/> (高級)水上安全救生教練並具 EMT-1 以上之資格 <input type="checkbox"/> 中華民國紅十字會專職同仁 *需檢附證明文件		
連絡電話(手機)							
所屬單位 (分級組織)	_____ 紅十字會			所屬單位 (分級組織) 用印			
職業類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 衛教人員 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 服務業 單位： _____ 職稱： _____ 年資： _____ <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他： _____ <input type="checkbox"/> 無						
E - m a i l							
通訊地址							
緊急連絡人		關係		緊急連絡人電話			
(高級)急救教練證書 或 (高級)水上安全救生教練證書 正面影本(實貼)				(高級)急救教練證書 或 (高級)水上安全救生教練證書 反面影本(實貼)			
有效期限內 救護技術員資格	<input type="checkbox"/> EMT-1 <input type="checkbox"/> EMT-2 <input type="checkbox"/> EMT-P 有效期限： _____						
(以下由承辦人員填寫)							
備註	資格審查	保證金	書籍郵寄	課程確認	收件序號		

依據個人資料保護法第八條第一項規定向台端告知相關個資法事宜。

個人資料使用同意書

- 一、中華民國紅十字會(以下簡稱本會)為提供會務推廣之會議／課程報名相關服務，並確保報名學員之共同利益，將遵循個人資料保護法及相關法令之規定，蒐集、處理及利用註冊學員所提供之個人資料，包括學員E-MAIL帳號、中英文姓名、性別、出生年月日、身分證字號、服務機構、職稱、通訊住址、電話、傳真及行動電話等資訊。
- 二、報名學員就其個人資料得依個人資料保護法第三條之規定，行使下列權利：1. 查詢或請求閱覽 2. 請求製給複製本 3. 請求補充或更正 4. 請求停止蒐集、處理或利用 5. 請求刪除。
- 三、報名學員得自由選擇是否提供個人資料或行使個人資料保護法第三條所定之權利，但報名學員提供資料不足或有其他冒用、盜用、不實之情形，可能將不能參加相關課程及影響各項相關服務或權益。
- 四、在學員就其個人資料依個人資料保護法第三條之規定，請求停止蒐集、處理或利用或請求刪除前，本會得依循個人資料保護法及相關法令之規定，於個人資料提供之範圍與目的內使用該等個人資料。

我已詳細閱讀上述內容並同意送出報名資料

同意人簽章：

簽署日期： 中華民國 年 月 日