

中華民國紅十字會附設私立博愛居家長照機構

111 年上半年度照顧服務員丙級（單一級）技術士檢定術科加強班報名表

上課地點：台北市萬華區艋舺大道 303 號 4 樓(中華民國紅十字會)

報名梯次： <input type="checkbox"/> 第一梯 2 月 19-20 日 <input type="checkbox"/> 第二梯 3 月 12-13 日 <input type="checkbox"/> 第三梯 4 月 16-17 日 <input type="checkbox"/> 第五梯 5 月 14-15 日 <input type="checkbox"/> 第四梯 6 月 06-12 日	
姓名：	報名日期： 年 月 日
生日： 年 月 日	身分證字號：
電話：	手機：
學校名稱：	科系：
最高學歷 1. <input type="checkbox"/> 國中（含以下） 2. <input type="checkbox"/> 高中職 3. <input type="checkbox"/> 專科 4. <input type="checkbox"/> 大學 5. <input type="checkbox"/> 碩士 6. <input type="checkbox"/> 博士	
身分別：(請勾選) <input type="checkbox"/> 照顧服務員訓練班領有結業證書者(臨時證書無法受理檢定考試報名) <input type="checkbox"/> 高中職以上家政類群科系畢業者 <input type="checkbox"/> 高中職以上兒童與幼保類群科系畢業者 <input type="checkbox"/> 高中職以上社會類群科系畢業者 <input type="checkbox"/> 高中職以上社會與心理教育類群科系畢業者 <input type="checkbox"/> 高中職以上長期照顧類群科系畢業者 <input type="checkbox"/> 高中職以上醫護衛類群科系畢業者	
通訊地址：	
Line ID：	E-mail：
報考丙照情形： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，考場：_____ 考試日期____年____月____日	
以下欄位由工作人員填寫	
收據號碼：	繳費日期： 月 日
備註欄：	