國際外科學會中華民國總會學生志工報名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名****(特殊字請注音)** |  | **出生日期** |  年 月 日 |
| **性 別** | □男 □女 | **身分證字號或護照號碼** |  |
| **學 歷** | 學校名稱： 學系名稱： 年 級：  |
| **電 話** | (家裡) (宿舍） (手機)  |
| **E-Mail** |  |
| **住 址** | （ 家 ）郵遞區號□□□ （宿舍）郵遞區號□□□  |
| **緊急聯絡人** |  | **關 係** |  | **聯絡電話** |  |

**\*\*於課程訓練結束後，須至本會實習24小時，實習完成後方可申請志工實習證書。\*\***