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。\*\***