



# 社團法人台中市身障福利協進會

## 志工報名表

志工編號		姓名		照片請浮貼		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已 <input type="checkbox"/> 未	身分證字號				
連絡電話	(H)	(T)				
通訊地址						
職業	<input type="checkbox"/> 工商 <input type="checkbox"/> 公教 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他					
學歷	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 高中/職 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士					
可服務時段						
星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上
<input type="checkbox"/> 中午	<input type="checkbox"/> 中午	<input type="checkbox"/> 中午	<input type="checkbox"/> 中午	<input type="checkbox"/> 中午	<input type="checkbox"/> 中午	<input type="checkbox"/> 中午
<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上

-----以下由負責人員填寫-----

申請日期：

審核日期：