

衛生福利部中央健康保險署健保志工申請表

申請日期： 年 月 日

編號：

姓名：	性別：	出生日期： 年 月 日			
身分證號：		職業：		學歷：	
戶籍地址：	縣 鄉鎮	里村	路	巷	號之
	市 區	鄰	段	弄	樓
通訊地址：	縣 鄉鎮	里村	路	巷	號之
	市 區	鄰	段	弄	樓
住家電話：				照片黏貼處	
行動電話：					
專長：					
辦理意外保險 受益人姓名：				與受益人關係：	
可通語言： <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 其他：					
工作經驗：					
志工經驗：					

可服務時段 <input type="checkbox"/> 聯服 <input type="checkbox"/> 投服	星期(請勾選可以的時段)				
	一	二	三	四	五
8:30-11:30					
11:30-14:30					
14:00-17:00					

參加志願服務者，需完成內政部規定之志工基礎訓練課程取得合格證書，經保險人各運用單位通知發給志願服務證後，始得為保險人志工。

填妥表格請 e-mail 至 B110109@nhi.gov.tw 或傳真至(02)2381-6825

承辦人:吳小姐收

~歡迎加入健保志工. 共同打造健康台灣~