

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組健保志工基本資料表（報名表）

填表日期： 年 月 日

服務單位：

姓 名		專 長		學 歷	
性 別		電 話	連絡電話：()		手機：
身分證字號		服 務 區 域	<input type="checkbox"/> 高屏業務組 <input type="checkbox"/> 屏東辦公室 <input type="checkbox"/> 東港辦公室		
出生日期			<input type="checkbox"/> 岡山辦公室 <input type="checkbox"/> 旗山辦公室 <input type="checkbox"/> 澎湖辦公室		
職 業	<input type="checkbox"/> 退休公教 <input type="checkbox"/> 現職公教 <input type="checkbox"/> 一般退休 <input type="checkbox"/> 工商企業 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他 ()				
地 址					
電子信箱					

照片粘貼處
(2吋)
正面半身

我希望服務時段：

星期／時段	一	二	三	四	五
上 午					
中 午					
下 午					

經歷其他志願隊名稱：

(以下由高屏業務組填寫) 資格審查：符合 不符合

志工服務證編號： 發證日期： 年 月 日

志願服務紀錄冊： 發證日期： 年 月 日

加保日期： 年 月 日 退保日期： 年 月 日

聯絡電話：(07) 231-5151 轉 1411

傳 真：(07) 231-5618

高屏業務組地址：高雄市前金區中正四路 259 號 1 樓聯合服務中心

身分證正面影本
粘貼處

身分證反面影本
粘貼處