

# 桃園市腦性麻痺協會

## 志工基本資料表

編號: \_\_\_\_\_

填表日期: \_\_\_\_\_

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		二 吋 照 片	
出生日期	年 月 日	身分證字號				
戶籍地址						
電 話 1		電 話 2				
通訊地址						
電 話		手 機				
學 歷						
公司名稱						
職 稱		公司電話				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚		E-mail			
語 言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 法語 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
專長:	<input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 美工 <input type="checkbox"/> 團康 <input type="checkbox"/> 攝影 <input type="checkbox"/> 書法 <input type="checkbox"/> 音樂 <input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 游泳 <input type="checkbox"/> 舞蹈 <input type="checkbox"/> 樂器演奏 <input type="checkbox"/> 戲劇 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 烹飪 <input type="checkbox"/> 心算 <input type="checkbox"/> 活動設計 <input type="checkbox"/> 課業輔導 <input type="checkbox"/> 球類或其他運動 <input type="checkbox"/> 水電修理 <input type="checkbox"/> 人際溝通 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
興趣:	<input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 美工 <input type="checkbox"/> 團康 <input type="checkbox"/> 攝影 <input type="checkbox"/> 書法 <input type="checkbox"/> 音樂 <input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 游泳 <input type="checkbox"/> 舞蹈 <input type="checkbox"/> 樂器演奏 <input type="checkbox"/> 戲劇 <input type="checkbox"/> 唱歌 <input type="checkbox"/> 烹飪 <input type="checkbox"/> 心算 <input type="checkbox"/> 活動設計 <input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 球類或其他運動 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
希望擔任職務(請依興趣排序):	<input type="checkbox"/> 電腦文書 <input type="checkbox"/> 美工 <input type="checkbox"/> 團康 <input type="checkbox"/> 攝影 <input type="checkbox"/> 電腦維修 <input type="checkbox"/> 活動設計 <input type="checkbox"/> 課業輔導 <input type="checkbox"/> 庶務性協助 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
可服務時間(請勾選):						
星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 <input type="checkbox"/>	上午 <input type="checkbox"/>	上午 <input type="checkbox"/>	上午 <input type="checkbox"/>	上午 <input type="checkbox"/>	上午 <input type="checkbox"/>	上午 <input type="checkbox"/>
下午 <input type="checkbox"/>	下午 <input type="checkbox"/>	下午 <input type="checkbox"/>	下午 <input type="checkbox"/>	下午 <input type="checkbox"/>	下午 <input type="checkbox"/>	下午 <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 <input type="checkbox"/>
參加動機:						