**台北市紅十字會** 勞動部職安署-急救人員安全衛生教育訓練班報名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2人(含)以上報名者，請填寫此部份。 （1人報名者不用填寫此部份）** | | | |
| **此次報名**  **總人數** | **\_\_\_\_\_\_\_人** | **主要聯絡人**  **資料** | **姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，電話\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**★**一份報名表可供2位報名者填寫。（若為1位報名者，填寫一次即可）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1人報名表** | **報名梯次** | **第\_\_\_\_梯次 上課日期：112年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(三)至\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(五) 共3天課程(16H)** | | | | | | | | |
| 中文姓名 |  | 身分證字號 |  | | | | 出生年月日 | | 民國 年 月 日 |
| 郵遞區號 |  | 戶籍地址 |  | 縣  市 |  | 區鄉  鎮 | |  | |
| 郵遞區號 |  | 聯絡地址 |  | 縣  市 |  | 區鄉  鎮 | |  | |
| 聯絡電話 |  | E-mail |  | | | | 畢業學校名稱 | |  |
| 最高學歷 | □研究所以上 □大學 □專科 □高中(職) □國中 □國小 | | | | | | | | |
| 服務單位 |  | | 收據抬頭 | | | | □個人二聯式 □公司三聯式 | | |
| 報名費用 | \* 每位4,500元/人。  \* 個人以公司名義報名者，每位4,000元/人。  \* 三人(含)以上同時名者，每位3,600元/人。  \* 個人領有紅十字會BLS證照，則學員4,000元/人(報名時需檢附有效期證照)。 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1人報名表** | **報名梯次** | **第\_\_\_\_梯次 上課日期：112年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(三)至\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(五) 共3天課程(16H)** | | | | | | | | |
| 中文姓名 |  | 身分證字號 |  | | | | 出生年月日 | | 民國 年 月 日 |
| 郵遞區號 |  | 戶籍地址 |  | 縣  市 |  | 區鄉  鎮 | |  | |
| 郵遞區號 |  | 聯絡地址 |  | 縣  市 |  | 區鄉  鎮 | |  | |
| 聯絡電話 |  | E-mail |  | | | | 畢業學校名稱 | |  |
| 最高學歷 | □研究所以上 □大學 □專科 □高中(職) □國中 □國小 | | | | | | | | |
| 服務單位 |  | | 收據抬頭 | | | | □個人二聯式 □公司三聯式 | | |
| 報名費用 | \* 每位4,500元/人。  \* 個人以公司名義報名者，每位4,000元/人。  \* 三人(含)以上同時名者，每位3,600元/人。  \* 個人領有紅十字會BLS證照，則學員4,000元/人(報名時需檢附有效期證照)。 | | | | | | | | |

★請務必詳填所有欄位，填好後請E-mail: taipei.redcross@gmail.com至本會或傳真至(02)2729-0443。

E-mail有收到回覆即可，傳真請當日來電與本會確認是否有收到；請待本會正式通知後再行繳費。

★**本人已詳閱簡章及報名相關所有內容，確認上述報名表內容無誤，本人同意貴會於課程執行及廣宣所需範圍內使用本人提供之個人資料。**

★**本會保留因特殊情形須調整日期或內容變更之權利，或因招生學員不足時有取消該班之權利。**