**2019年日台長照及福祉專業人才培訓計畫報名表**

|  |
| --- |
| **壹、基本資料(必填)** |
| 姓 名 |  | 出生年月日 | 民國 年 月 日 | 相片 |
| 身分證字號 |  | 性 別 |  |
| 聯絡電話及手機 | (O)(H)手機 | 電子信箱 |  |
| 通訊地址 |  |
| 職業類別 | 1. **需檢附照顧服務員證明，**

**或長照服務人員證明(照顧服務員)：**□社工師□照顧服務員 | **2.需檢附醫事人員證書：**□護理人員□物理治療師□職能治療師□語言治療師□營養師 |
| 兵役 | 服務期間：民國 年 月 日起 民國 年 月 日迄退伍令字號： |
| 學歷 | 校別 | 學校名稱 | 系科 | 日/夜間部 | 修業年限 | 畢業 | 肄業 | 學位 |
| 研究所 |  |  | □日間部□夜間部 |  年 月起 年 月止 |  |  |  |
| 大學 |  |  | □日間部□夜間部 |  年 月起 年 月止 |  |  |  |
| 專科 |  |  | □日間部□夜間部 |  年 月起 年 月止 |  |  |  |
| 高中職校 |  |  | □日間部□夜間部 |  年 月起 年 月止 |  |  |  |
| **※請檢附最高學歷相關證明文件。** |
| 現職及經歷 | 服務機關及單位 | 職稱 | 起訖年月 | 主要工作內容 | 離職原因 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **※請檢附6個月以上長照實務現場工作相關證明文件。** |
| **貳、專業訓練/專長(選填)** |
| 專業證照 |  |
| 專長 |  |
| 繼續教育 | 醫事人員：□長照醫事人員Level Ⅱ □長照醫事人員Level Ⅲ**※請檢附證明文件。** |
| 日語能力 | **日語**，認證名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，等級(分數)：\_\_\_\_\_\_\_**※請檢附證明文件。** |
| 警察刑事紀錄證明書(俗稱良民證) | **※請檢附證明文件。** |
| **參、自傳(必填)** |
| 自傳、願景及研修計劃 |  |
| 報名人簽名 | 本表所填資料均屬確實 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(簽名) \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| 以下由衛生福利部、日本台灣交流協會填寫 |
| 書面審核 | 審核結果：□通過 □不通過備註： |
| 面試審核 | 審核結果：□通過 □不通過備註： |