**104年地板滾球種子教練研習**

【**南部場-報名表**】

本人同意所提個人資料

作為大會辦理本活動使用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | | | | | | | 性別 | □男 □女 |
| 生日 | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | 1吋照片  一張 | 浮 貼 處 (背面請書寫姓名) |
| 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 行動電話 |  | | | | | | | | | |
| 市話 |  | | | | | | | | | |
| E- mail |  | | | | | | | | | |
| 服務單位 |  | | | | | | | | | | 職稱 |  |
| 地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 用餐 | □葷 □素 | | | | | | | | | | 公假公文 | □需要 □不需要 |
| 公文發送單位及地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 1. 請詳閱本活動報名簡章。  2. 報名資料各欄請詳細填寫，並貼妥**照片**及附上**匯款收據影本** (資料缺少則視為未完成報名)，信封註明「地板滾球教練研習」，於5/29(五)前寄送至「中華民國腦性麻痺協會」：112 台北市北投區大業路166號5樓。(郵戳為憑)  3. 本人同意參加中華民國腦性麻痺協會主辦之『104年地板滾球種子教練研習』，報名資料提供研習及相關業務利用(如保險公司等等)，主辦單位與相關業務機構需遵守個人資料保護法，善盡維護保密之責。  4. 本人並同意研習期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於主辦單位，主辦單位得於不侵犯個人權利及非營利範圍內，無償使用。  **個人資料使用同意簽名**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |