**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 | 照片粘貼處  (2吋)  正面半身 |
| 性　　　別 |  | 電 話 | 連絡電話:（） 手機: | | |
| 身分證字號 |  | 服 務  區 域 | 高屏業務組 屏東辦公室 東港辦公室  岡山辦公室 旗山辦公室 澎湖辦公室 | | |
| 出生日期 |  |
| 職 業 | 退休公教現職公教一般退休工商企業家管學生其他( ) | | | | |
| 地 址 |  | | | | |
| 電子信箱 |  | | | | |

我希望服務時段：

**身分證正面影本**

**粘貼處**

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

**身分證反面影本**

**粘貼處**

|  |
| --- |
| 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