財團法人愛盲基金會

**日常應用精油班  
報名表**

1. 姓名：
2. 性別：
3. 年齡：
4. 戶籍地區：
5. 居住地區：
6. 聯絡電話
7. 家裡電話：
8. 手機號碼：
9. E-Mail：
10. 視力狀況： ( )全盲，說明有無光覺：

( )低視能，簡述視力狀況：

1. 身心障礙證明：

( )二類，級別\_\_\_\_度

( )多障，二類併\_\_\_\_類

1. 特殊病史、身體狀況：
2. 從何得知本活動資訊？

( )本會官網 ( )本會 LINE@好友 ( )本會臉書粉專 ( )親友告知 ( )其他

1. 報名自我保健精油應用班的原因及期待？

1. 過去是否參加過精油相關的課程或活動？

1. 過去是否參加過本會休閒班或講座活動？

1. 有無申請過本會生活重建服務？

1. 交通方式：

( )自行前來 ( )下午1點40分於台北車站Z2出口集合

1. 講義方式：

( )紙本一般字體（12號字） ( )紙本大字體 號 字體

( )電子檔，可選擇Email或是Line：

※報名本活動，我和我的陪同者即同意財團法人愛盲基金會於活動期間內進行拍照、受訪，於合理範圍使用。並同意提供個人資料，得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，請遵守「個人資料保護法」之規定，妥善保護個人資訊。

※( )上述內容本人皆已知悉與同意，所提供之資訊皆正確無誤。