

愛盲基金會
精油班報名表

1. 姓名：_____
2. 性別/年齡：_____
3. 聯絡電話
 - (1) 家裡電話：_____
 - (2) 手機號碼：_____
 - (3) E-Mail：_____
4. 視力狀況：
全盲 有光覺 無光覺
低視能，簡述狀況：_____
5. 身心障礙證明：
二類
二類併類
6. 報名精油課程的原因？_____
7. 是否有上過類似精油課程的經驗？_____
8. 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：_____

9. 講義方式：

紙本一般字體 紙本大字體 號字體

電子檔，Email：_____

10. 有無參加過本會休閒班或申請本會生活重建服務？

有：_____

無

11. 交通方式：

自行前往 下午 1 點 45 分於北車捷運站 Z2 出口集

合，由工作人員協助引導

※報名成功後將會由社工員協助簽署個資聲明表，以維護您的權益