**財團法人愛盲基金會**

**110年生活中藥應用班**

**[報名表]**

1. **姓名：**
2. **性別：**
3. **出生年月日：**
4. **連絡電話(室內與手機)：**
5. **緊急聯絡人、關係與電話：**
6. **身障證明類別與等級：**
7. **視障成因及視力狀況：**
8. **生理狀況(身體是否有其他疾病，或須特別注意之處)：**
9. **有無參加過本會休閒班**

**( 　) 有，休閒班名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　（　）無**

1. **參加原因與課程期待：**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**