

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
10. 參加原因與課程期待：
