**愛盲基金會視障青少年職業探索營報名表**

* 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：

* 1. 是否有身心障礙視障證明？

( )有，( )視障級別：　　　　/( )多障，視障併

( )無

* 1. 是否完整接種兩劑COVID-19疫苗且滿14天：

( )是，最近一次接種日期： 年 月 日

( )否，原因：

 ( )經醫師評估不建議施打COVID-19疫苗並取得相關證明

 ( )個人因素，原因：

 ( )其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. 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 ( ) 學校資源校室/輔導室

( )其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. 學歷：

( )高中 ( )大學 ( )應屆畢業

* 1. 飲食禁忌(四天活動提供午餐)：

( )無 ( )素食( )其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. 你已經要開始找工作了嗎？

( )是 ( )否 原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. 你心目中理想的工作是什麼？

( )我心目中理想的工作是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )我沒想過這個問題。

* 1. 你知道你的個性適合做什麼工作嗎？

( )我知道我的個性適合做\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )我沒想過這個問題。

* 1. 你知道你的專長適合做什麼工作嗎？

( )我知道我的專長適合做\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )我沒想過這個問題。

* 1. 對課程的其它期待(請說明)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

※欲報名之未滿18歲學員，請由家長協助簽署下頁「未成年家長同意書」，並掃描以郵件回傳(0590@tfb.org.tw)，或傳真(02-2375-3976)回本會。如報名學員已滿18歲，就無需簽署此份同意書。

**111年財團法人愛盲基金會**

**視障青少年職業探索營**

**未成年家長同意書**

茲同意本人未成年子女(未滿18歲) (參加活動之視障生姓名)

參加愛盲基金會111年視障青少年職業探索營

**法定代理人(未成年參加者之家長或監護人)**

姓名、簽章：

聯絡電話：(宅) (手機)

地址：

此致

財 團 法 人 愛 盲 基 金 會

中 華 民 國 年 月 日