

敏惠醫護管理專科學校 111 學年度第 2 學期推廣教育 長期照顧與健康促進管理科二專部「學分班」報名表

編號：

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
英文姓名	(需與護照英文名相同)														
身分證字號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											出生年月日	年	月	日
E-mail															
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段巷 弄號 樓室														
	電話：日()		夜()												
	傳真：()		行動電話： (必填)												
緊急聯絡人	姓名		關係												
	電話	(0) (H)	(手機)												
畢(肄)業學校	(學校)		(科系)	年 月 畢/肄業											
注意事項	一、繳交資料： <input type="checkbox"/> 報名表 <input type="checkbox"/> 個資同意書 <input type="checkbox"/> 歷年成績單(舊生不用) 二、退費標準： 1.受訓學員因個人因素於開訓前辦理退訓者，最多得收取個人訓練費用百分之五，餘額退還學員。已開訓但未超過訓練總時數三分之一者，訓練單位應退還個人訓練費用百分之五十。已超過總訓練總時數三分之一者，不予退費。 2.學校因故未能開班上課，應全額退還已繳費用。 三、報名表請詳細填寫，填完後您可至本校行政大樓三樓技術合作處現場報名。														
報名者簽名	審查結果 <input type="checkbox"/> 錄取 <input type="checkbox"/> 不錄取		審查人員簽名												



敏惠醫護管理專科學校 推廣教育學員報名個資同意書

敏惠醫護管理專科學校 技術合作處 產學合作暨推廣教育組告知事項暨同意書

茲就本單位蒐集 台端之個人資料，依法告知以下事項：

一、個人資料管理、更新及權益影響事項本單位蒐集的個人資料，受到中華民國個人資料保護法與相關法令的規範，蒐集、處理及利用您的個人資料。請提供您本人正確、最新及完整的個人資料，以確保您相關的權益。若您提供的資料有任何異動，請主動向本單位申請更正，使其保持正確、最新及完整，避免您的權益受損。若您選擇拒絕向本單位提供個人資料時，本單位有權調整為您服務項目，可能影響您的權益。

二、個人資料蒐集目的、類別及利用

1.本單位取得您的個人資料，目的在於進行課務相關工作，蒐集、處理及使用您的個人資料是受到個人資料保護法及相關法令之規範。

2.本次蒐集與使用您的個人資料如報名表單所載。

3.您同意本單位因課務所需，以您所提供的個人資料確認您的身份、與您進行聯絡；並同意本單位於您報名錄取後繼續處理及使用您的個人資料。

4.您瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規之要求，具有書面同意本單位蒐集、處理及使用您的個人資料之效果。本同意書如有未盡事宜，依個人資料保護法或其他相關法規之規定辦理。

三、您可依個人資料保護法及本單位所訂定之作業規定，就您的個人資料行使以下權利：請求查詢或閱覽、製給複製本、請求補充或更正、請求停止處理及利用、請求刪除。

本人已閱讀且瞭解上述告知事項，並同意 貴單位於上述事項範圍內蒐集、處理及利用本人之個人資料，茲簽署如下：

身分證字號：_____ 同意人簽名：_____ (請親簽)

