

1. 報名表

報名表

班別名稱：照顧服務員單術科專班

訓練單位：國立金門大學

中文姓名		性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他			相 片
出生年月日	民國 年 月 日	年齡	歲			
身分證字號		聯絡電話				
兵役 / 婚姻	役畢 未役 免役 在役 / 未婚 已婚 離婚					
最高學歷	國中(含以下) 高中職 專科 大學 碩士 博士					
學校名稱			科系	☐ 畢業 ☐ 肄業		
通訊地址						
電子郵件						
參訓資格	(一)	線上核心課程完成日期： 年 月 日。分數： 分。				
	(二)	☐ 非失業者 ☐ 失業者：自 年 月 日起，確實無工作。勾選此項身分，應再填寫「失業者無工作切結書」。 1.就業保險被保險人失業者 (1)就業保險被保險人非自願離職失業者 (2)就業保險被保險人自願離職失業者 2.參加職業工會失業者 3.農漁民 4. 獨力負擔家計者 5.中高齡者 6.身心障礙者 7.原住民 8.生活扶助戶失業者 9.更生受保護人 10.長期失業者 11.跨國(境)人口販運被害人失業者 12.無戶籍國民失業者 13.無國籍人民失業者 14.新住民配偶 15.因犯罪被害失業者 16.因重大災害受災之失業者 17.低收入戶或中低收入戶 18.受貿易自由化影響失業者 19.自立少年之失業者 20.家暴及性侵害被害人失業者 21.訪視評估確有經濟困難，且有就業意願之失業者 22.逾六十五歲失業者。				
緊急通知人姓名		關係		電話		
資料繳交文件	1. 近2個月勞保明細表(正本)、報名資格切結書、失業者無工作切結書、查詢個人相關資料同意書、免費參訓相關證明。 2. 開班前六個月內衛福部線上核心課程學習證明，或於接獲通知3日內補正最新學習證明。(學習證明由長照人員學習平臺下載證明。) 3. COVID-19疫苗接種證明，至少施打3劑且滿14天。(接種紀錄可使用「紙本疫苗接種卡」、「健保快易通」或「數位新冠病毒健康證明」。)					
本人同意個人基本資料，供就業中心暨所屬機關運用，以從事職業訓練及就業服務。 學員確認簽名：						

2. 身分證正反面影本、COVID-19 疫苗接種證明

身分證正面影本	身分證反面影本
COVID-19 疫苗接種證明	

3. 報名資格切結書

報名資格切結書（請單面列印）

本人_____報名參加 國立金門大學 受金門縣政府委託辦理職業訓練之照顧服務員單術科專班，已詳閱招生簡章規定，並確認下列有關報名資格之報名身分，且確實勾選無誤。如有不實，視為本人退訓，並主動補繳應負擔之參訓費用、歸還已領取之生活津貼，並負一切法律責任。

報名身分：

☐1.年滿 15 歲以上，並符合下列條件之一之失業者：

☐無勞保加保紀錄。

☐加保職業工會、農會或漁會，但確實無工

作。

☐2.非失業者。

此致

國立金門大學

立切結書人：

（簽章）

身分證號碼：

法定代理人：

（簽章）（未滿十八歲且未婚者，須經法定代理人（父母或監護人）同意）

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

4. 失業者無工作切結書

失業者無工作切結書（請單面列印）

本人_____自____年____月____日起，確實無工作。
如有不實，本人願無條件主動補繳應負擔之參訓費用，並負法律責任。特此切結為憑。

立切結書人：

（簽章）

身分證號碼：

法定代理人：

（簽章）

（未滿十八歲且未婚者，須經法定代理人（父母或監護人）同意）

地址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日

5. 查詢個人相關資料同意書

查詢個人相關資料同意書（請單面列印）

本人_____報名參加 國立金門大學 辦理照顧服務員單術科專班訓練課程，已瞭解若不同意查詢個人相關資料，將無法進行資格審核處理作業，且瞭解本案之個人資料，將依個人資料保護法規定辦理。

茲同意由勞工主管機關、公立職訓機構、公立就業服務機構及據點或訓練單位查詢本人職業訓練、就業保險、勞工保險、網際網路就業服務系統以及資遣通報系統等相關資料，至蒐集目的消失為止。

此致

國立金門大學

立切結書人：（簽章）

身分證號碼：

法定代理人：（簽章）（未滿十八且未婚者，須經
護人）
同意）
法定代理人（父母或監

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日