社團法人台南市聲暉協進會

聲暉志工服務報名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 學校/科系  或服務單位 |  | 請貼二吋照片 |
| 性別 | |  | | 出生年月日 |  |
| 聯絡方式 | 電話 | 白天： 晚上：  傳真： 行動手機： | | | |
| 通訊住址 | |  | | | |
| E-mail | |  | | | |
| 語言能力  程度 | 請勾選：1.╴╴語 □聽 □說 □讀 □寫 □文字翻譯 □口譯  2.╴╴語 □聽 □說 □讀 □寫 □文字翻譯 □口譯  3.╴╴語 □聽 □說 □讀 □寫 □文字翻譯 □口譯 | | | | | |
| 服務項目 | 請照你〈妳〉的意願，依序填選二組：〈編寫1.2.〉   * 活動組 □ 行政組 □ 關懷組 □ 機動組   \*活動中我們將先以個人意願安排分組，並保留彈性調度權利 | | | | | |
| 服務  時間 | 活動期間：時間：  每週 □一 □二 □三 □四 □五 □六 □日  □上午8~12□下午14～17□晚上18～21□全天均可（由本會安排）  服務期間： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 自傳  （請簡述個人特質/興趣/相關經驗） | 特質/個性： | | | | | |
| 專長： | | | | | |
| 興趣： | | | | | |
| 經驗（如學校社團經驗或工作經驗等）： | | | | | |
| 妳如何得知此訊息 □學校 □DM □親友介紹 □報紙 □電視台 □網站＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  □其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | | | |
| ＊報名方式：1.請詳細填寫報名表 2.二吋照片一張 E-MAIL：voiced@voiced.org.tw  2.郵寄：社團法人台南市聲暉協進會（台南市永康區中華路349號8F之1）  3.本人親自報名。  洽詢電話：06-3123196 傳真：06-3123197 | | | | | | |
| 收件編號： 收件人簽名： 收件日期： | | | | | | |