

# 社團法人中華民國勞資事務協會

## 個人報名表

★請先填妥報名表後傳真，本會將於“確定開班”前 15 天連繫通知上課，延期不另函通知。

課程名稱	<input type="checkbox"/> 失智症照顧服務 20 小時訓練課程 <input type="checkbox"/> 長期照顧足部照護服務訓練課程 <input type="checkbox"/> 身心障礙支持服務核心課程 <input type="checkbox"/> 急救專業訓練課程 <input type="checkbox"/> 長照人員綜合研習-品質、倫理、法規課程 <input type="checkbox"/> 原住民與多元族群文化敏感度及能力 <input type="checkbox"/> 居家復能生活專業課程 <input type="checkbox"/> 其他:					
個人 資 料	姓 名	身 份 證 字 號	生 日	年 月 日		
	學 校 名 稱	科 系				
	長照執業類別	<input type="checkbox"/> 照顧服務人員 <input type="checkbox"/> 長期照護醫事人員 <input type="checkbox"/> 照顧管理人員 <input type="checkbox"/> 社會工作師、社會工作人員 <input type="checkbox"/> 長照服務相關計畫之人員 <input type="checkbox"/> 居家服務督導員 <input type="checkbox"/> 照顧管理專員及照顧管理督導 <input type="checkbox"/> 其它:				
	通 訊 地 址	手 機				
	戶 籍 地 址	電 話				
	E-mail					
服 務 單 位	單 位 名 稱	行 業 別				
	單 位 地 址	電 話				
	※如為公司派訓報名需連絡貴公司承辦人，請填具下列資料：					
	承辦人	職 稱				
	聯絡電話	手 機	傳 真			
	E-mail					
繳 費 資 料	★匯款、ATM 轉帳：匯轉款項後，煩請傳真收據或來電通知，並附註『課程名稱、上課日期、參訓學員姓名、收據抬頭』 ★匯 款 帳 戶：合作金庫銀行屏東分行、銀行代號 006、銀行帳號：0360-717-193365 戶 名：中華民國勞資事務協會附設屏東職業訓練中心 ★地 址： <a href="#">屏東市福建路 3-6 號 4 樓</a> 電話：(08)734-6999/0938022205 傳真：(08)765-3508 ★網 址： <a href="https://rlmaap.com">https://rlmaap.com</a> E-mail： <a href="mailto:pt@rlmaap.com">pt@rlmaap.com</a>					
	繳費方式	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 即期支票 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> ATM 轉帳(帳號末 5 碼_____)				
	收據抬頭	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 公司名稱_____ (統一編號_____)				
	<p style="text-align: center;">個人資料使用同意書</p> <p>一. 本中心為提供課程報名相關服務，並確保報名台端之利益，將遵循個人資料保護法及相關法令之規定，蒐集、處理及利用報名學員所提供之個人資料，包括台端電子郵件帳號姓名、性別、出生年月日、身分證字號、特徵、服務機構、職稱、戶籍地址、通訊住址、行動電話、學校紀錄、受訓紀錄、職業、產業特性及資格技術等。</p> <p>二. 依據個資法第三條規定，台端就本中心保有台端之個人資料得行使下列權利：          (一)查詢或請求閱覽。                      (二)請求製給複製本。    (三)請求補充或更正。          (四)請求停止蒐集、處理或利用。    (五)請求刪除。</p> <p>三. 本中心為「教育或訓練行政」之目的，本報名表所蒐集之個人資料，將僅存放於本中心內，作為本次活動管理與聯繫及未來活動訊息傳達之用。您得以本次活動聯絡人聯絡方式行使查閱、更正等個人資料保護法第 3 條的當事人權利。如您提供的資料不完整或不確實，將無法完成本次活動報名申請。</p>					

# 社團法人中華民國勞資事務協會

## 團體報名表

★請先填妥報名表後傳真，本會將於“確定開班”前 15 天連繫通知上課，延期不另函通知。

課程名稱	<input type="checkbox"/> 失智症照顧服務 20 小時訓練課程 <input type="checkbox"/> 身心障礙支持服務核心課程 <input type="checkbox"/> 長照人員綜合研習-品質、倫理、法規課程 <input type="checkbox"/> 長期照顧足部照護服務訓練課程 <input type="checkbox"/> 原住民與多元族群文化敏感度及能力 <input type="checkbox"/> 急救專業訓練課程 <input type="checkbox"/> 居家復能生活專業課程 <input type="checkbox"/> 其他:						
個人資料	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	電子信箱	學歷（學校名稱）	通訊地址
繳費資料	★匯款、ATM 轉帳：匯轉款項後，煩請傳真收據或來電通知，並附註『課程名稱、上課日期、參訓學員姓名、收據抬頭』 ★匯款帳戶：合作金庫銀行屏東分行、銀行代號 006、銀行帳號:0360-717-193365 戶 名：中華民國勞資事務協會附設屏東職業訓練中心 ★地 址： <a href="#">屏東市福建路 3-6 號 4 樓</a> 電 話：(08)734-6999/0938022205    傳真：(08)765-3508 網 址： <a href="https://rlmaap.com">https://rlmaap.com</a> E-mail： <a href="mailto:pt@rlmaap.com">pt@rlmaap.com</a>						
繳費方式	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 即期支票 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> ATM 轉帳(帳號末 5 碼_____)						
收據抬頭	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 公司名稱_____（統一編號_____）						
個人資料使用同意書 一. 本中心為提供課程報名相關服務，並確保報名台端之利益，將遵循個人資料保護法及相關法令之規定，蒐集、處理及利用報名學員所提供之個人資料，包括台端電子郵件帳號姓名、性別、出生年月日、身分證字號、特徵、服務機構、職稱、戶籍地址、通訊住址、行動電話、學校紀錄、受訓紀錄、職業、產業特性及資格技術等。 二. 依據個資法第三條規定，台端就本中心保有台端之個人資料得行使下列權利： （一）查詢或請求閱覽。（二）請求製給複製本。（三）請求補充或更正。（四）請求停止蒐集、處理或利用。（五）請求刪除。 三. 本中心為「教育或訓練行政」之目的，本報名表所蒐集之個人資料，將僅存放於本中心內，作為本次活動管理與聯繫及未來活動訊息傳達之用。您得以本次活動聯絡人聯絡方式行使查閱、更正等個人資料保護法第 3 條的當事人權利。如您提供的資料不完整或不確實，將無法完成本次活動報名申請。							