臺北市立聯合醫院陽明院區

106年小小醫師體驗營活動報名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性別 | □男□女 |
| 出生日期 | 年月日 | 身分證字號 |  |
| 學校/年級  (新學期) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_國小  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年級 | 午餐 | □葷□素 |
| 聯絡地址 |  | | |
| 監護人姓名 |  | 監護人聯絡電話 |  |
| 須特別  照顧事項 |  | | |
| 家長同意書 | 本人已經詳閱「106年小小醫師體驗營」活動簡章，同意子女\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_參加此次活動，且會遵從承辦單位規則，在營隊期間用心學習，維持團體秩序。  家長簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期： 年 月 日 | | |