

臺北市立聯合醫院陽明院區

107 年小小醫師體驗營活動報名表

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 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	<p>本人已經詳閱「107 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。</p> <p>家長簽章：_____</p> <p>日期： 年 月 日</p>		