**財團法人佳醫健康基金會附設高雄市私立佳醫居家長照機構**

**114年照顧服務員訓練課程報名表 (訓練期間：7/2 - 7/24)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月日 | 年 月 日 | | 相片  (三個月內) |
| 身分證字號 |  | 性別 | □男 □女 | |
| 教育程度 | □博士 □碩士 □大學(專) □高中(職) □國中 □國小 | | | |
| 連絡方式 | 住家： 公司： 傳真：  手機： E-mail： | | | |
| 住址 |  | | | 交通工具 | □大眾運輸□走路  □機車 □汽車 |
| 緊急連絡人 | 姓名： 關係： 連絡電話/手機： | | | | |
| 資料繳交 | □身分證正、反面影本(本國籍) □居留證影本(非本國籍) □照片兩吋2張 | | | | |
| 就業輔導 | □住宿型機構 □日間照顧 □醫院1對1 □居家服務 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 工作時段 | □居家12小時(日) □居家12小時(夜) □24小時(居家)  □醫院12小時(日) □醫院12小時(夜) □24小時(醫院)  □居家喘息(居喘) □居家服務(居服) | | | | |

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**※報名方式：**

1. 每位學員報名費為新台幣12,800元整。
2. 請利用**匯款、轉帳，繳費成功後**，**始視為完成報名。**

|  |  |
| --- | --- |
| 合作金庫：006 | 局號：0545 |
| 戶名：財團法人佳醫健康基金會 | 帳號：0540717178640 |

1. **網路報名後，請等候承報人員通知後，再前往付款並附帳號後5碼或繳款收據，以電子郵件通知本會確認。**
2. 報名聯絡方式：黃小姐 電話：07-7806116#22 電子郵件：jek7806116@gmail.com

**※退費相關事宜：**

1. 受訓對象於實際開訓日前7日(含)申請退訓者，應全額退還已繳費用。
2. 實際開訓日前6日至開訓當日申請退訓者，應退還已繳費用之90％。
3. 實際開訓日後未逾課程五分之一者，應退還已繳費用之70％；已逾課程五分之一但未逾課程三分之一者，應退還已繳費用50％；已逾課程三分之一以上者，得不予退費。
4. 因故未能開訓者，應全額退還受訓對象已繳費用；因故停訓者，應按未上課時數比例退還已繳費用。

**※**訓練期間若遇颱風或不可抗拒因素，依政府機關規定順延或擇期補課。