**基隆市脊髓損傷者協會**

**身心障礙者自立生活支持服務計畫**

**報名表**

**請選擇下列報名類別：**

**□同儕支持員培訓(限身障者) □個人助理培訓 □個案申請表(限身障者)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性別 |  | 餐 食 |  □葷 □素 |
| 出 生年 月 日 |  | 學歷 |  | 電話 |  |
| 手 機 |  |
| 身心障礙手 冊 |  障礙類別 |  失能等級 |
|  |  |
| 保險資料 |  身分證字號 |  受益人 |  關係 |
|  |  |  |
| 聯絡地址 |  |
| E-mail |  |
| 協助 |  □需要 □不需要 |  協助內容 |
|  |
| 備註 | 是否具有以下證照資格請打√：□教保員 □生活服務員 □照顧服務員 □家庭托顧服務員 |
| *報名方式*1. 電子郵件：sci.kl@msa.hinet.net
2. 傳 真：02-24620582
3. 郵 寄：基隆市中正區祥豐街177巷61號
 |
|  *洽詢電話* 02-24620598 |