

# 2022-2023 年長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選報名表

姓 名				(相片黏貼處) 二吋正面脫帽 半身照片
運動項目		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生年月日	民國 年 月 日	婚 姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
身分證字號	※ 請檢附身分證正反面影本(若無身分證者，請附戶口名簿影本)			
國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 兼具外國籍 ( 國)			
通訊處	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		電話	室話：
E-mail				手機：
近年 競賽 最佳 成績	年度	主辦單位	競賽名稱	獲得獎項
※ 以上競賽成績，請檢附獲獎之相關證明文件。				
未來 兩年 訓練 計畫 及 目標	若篇幅不足請另用 A4 紙張繕寫			
<p>本人報名長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選，持誠信原則填報上述資料，且願意接受查證，如有虛偽不實願 <u>取消補助資格</u>，本人絕無異議，除負法律責任外，並不得要求任何補償。</p> <p style="text-align: center;">申請人簽名 <span style="float: right;">(未滿 20 歲者請法定代理人簽名)</span></p>				
<p>是否願意於比賽服裝繡上長庚醫院 LOGO？ 是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>其他推廣宣傳本照護計畫之方式：_____</p>				

# 2022-2023 年長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選報名表

## (國、高中學校)

學校名稱				
運動項目				
代 表 人	姓名			
	身分證字號	※ 請檢附身分證正反面影本(若無身分證者，請附戶口名簿影本)		
	通訊處	□□□	電 話	室話：
	E-mail			手機：
近 年 競 賽 最 佳 成 績	年度	主辦單位	競賽名稱	獲得獎項
※ 以上競賽成績，請檢附獲獎之相關證明文件。				
未 來 兩 年 訓 練 計 畫 及 目 標	<p>若篇幅不足請另用 A4 紙張繕寫</p>			
<p>本隊報名長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選，持誠信原則填報上述資料，且願意接受查證，如有虛偽不實願 <u>取消補助資格</u>，本隊絕無異議，除負法律責任外，並不得要求任何補償。</p>				
代表人			(簽名)	
<p>是否願意於比賽服裝繡上長庚醫院 LOGO？ 是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>其他推廣宣傳本照護計畫之方式：_____</p>				

