**新竹市護理師護士公會113年自強活動報名表**

 **年 月 日（星期 ） 地點：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 會員碼 | 姓名 | 出生年月日(民國年) | 身分證字號 | 服務單位 | 手機電話 | 上車地點 | 素食者請打V |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1.會員眷屬請於服務機構標示清楚。 例：陳小華之眷

2.表格不敷使用可自行複印。

3.三人以上一同報名者請提供負責人姓名、電話以利聯絡溝通。

 姓名： 聯絡電話：(公)

 (行)