

## 附件一

臺南市仁德區大甲國民小學 113 年 9-12 月  
特教鐘點助理員甄選報名表

姓名				黏 貼 相 片
性別		身分證字號		
最高學歷	(學校) (科系所)			
電話	H： 0：	行動電話		
通訊處				
身份別	<input type="checkbox"/> 本校身心障礙學生家長 <input type="checkbox"/> 本校一般生學生家長 <input type="checkbox"/> 本校現任志工媽媽 若為以上身份，請註明學生姓名：_____ 就讀班級：_____年_____班  <input type="checkbox"/> 其他_____			
身分證正面影本黏貼處			身分證反面影本黏貼處	
經歷	服務單位		工作內容	任職時間

專長			
參與或 指導相 關活動 具體事 蹟			
個人教 育理念			
報考人 簽章		報名日期	年      月      日