

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		身分證字號		黏貼相片
性別		出生日期	年 月 日	
最高學歷	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (學校) (科系所) </div>			
電話	H : O :	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