活動名稱：國際口腔顎顏面放射線學會2017年世界大會

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **個人基本資料** | 中文姓名 |  | 請貼上大頭照圖檔 |
| 英文姓名(ex: John) |  |
| 出生年月日 | (請寫民國年) |
| 身份證字號 |  |
| 飲食習慣 | □ 葷 □ 素 |
| **學籍資料** | 班 級 | (ex:UE3A) |
| 學 號 |  |
| **聯絡資料** | E-Mail |  |
| 家用電話 |  |
| 行動電話 |  |
| 戶籍地址 |  |
| 現居地址 |  |
| **緊急聯絡人** | 姓 名 |  |
| 關 係 |  |
| 聯絡電話 |  |
| 行動電話 |  |
| **語 言 能 力** | □英 □法 □德 □西 □日 □其它  |
| **可　參　與　日　期****（平日可公假）** | * 4/23(日) □ 4/24(一) □ 4/25(二) □4/26(三)
* 4/27(四) □ 4/28(五) □ 4/29(六)
 |
| **活動經歷** | 活動經歷：（請條列式說明） |
| **語言能力證明** | (請貼上語言能力證明之圖檔) |
| **勤缺紀錄** | (請貼上校務資訊系統中本學期之勤缺紀錄查詢之畫面) |
| **備註** | 若您對其它外語志工活動有興趣，是否同意本中心在未來有相關活動訊息時與您聯絡。□是　　　□否 |