

臺北市立聯合醫院照顧服務員訓練報名表

報名日期： 身分證正反面 學歷(認證)證明 1吋相片2張 體檢報告 編號：

姓名	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍：	一寸相片粘貼處 (請浮貼)
身分證號碼	出生日期		民國	年 月 日	
最高學歷	學校：	科系：	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業		
	<input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中/職 <input type="checkbox"/> 大專/大學 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士				
身分區別	<input type="checkbox"/> 就業保險被保險人非自願離職者 <input type="checkbox"/> 參加職業工會失業者 <input type="checkbox"/> 長期失業者 <input type="checkbox"/> 獨力負擔家計者 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般民眾		婚姻：	子女數：	主要語言：
			<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 鰥寡	子： 人 女： 人	
目前工作情形	<input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 無業 <input type="checkbox"/> 轉職	補助費用 申領	<input type="checkbox"/> 無申領補助費用，不需開立證明 <input type="checkbox"/> 有申領補助費用 <input type="checkbox"/> 其他		
戶籍地址				聯絡電話(住家)	
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他：			聯絡電話(手機)	
緊急聯絡人	姓名	關係			聯絡電話
參訓情形	是否曾參與照顧服務員訓練： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如經查證有不實之情事，則無條件取消其受訓資格)			課程訊息管道： <input type="checkbox"/> 捷運站 <input type="checkbox"/> 火車站 <input type="checkbox"/> 就服中心 <input type="checkbox"/> 社會局 <input type="checkbox"/> 原民會 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 本院公告欄 <input type="checkbox"/> 其他_____	
身分證正面粘貼處			身分證反面粘貼處		

臺北市立聯合醫院照顧服務員訓練報名表諮詢紀錄表

報名日期：

姓名：

編號：

諮詢項目	諮詢事項	諮詢人員評估
一、參訓動機	1. 結訓後的工作目標： <input type="checkbox"/> 1. 就業 <input type="checkbox"/> 2. 升學 <input type="checkbox"/> 3. 創業 <input type="checkbox"/> 4. 其他	
二、參訓目的	1. 參訓目的為： <input type="checkbox"/> 學一技之長 <input type="checkbox"/> 領補助金 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 興趣 <input type="checkbox"/> 其他	
三、就業關聯	1. 過去從事何種工作(或職務)? 2. 未來想從事何種工作(或職務)?	
四、參訓期望	1. 結訓輔道就業希望待遇_____。 2. 結訓期望工作地點_____院區或_____機構。 3. 請簡要描述此職類的工作內容： <input type="checkbox"/> 不知道 _____	
五、職業能力評估	1. 過去從事最久的工作是：_____，為期_____年。 2. 是否具有技術士證照： <input type="checkbox"/> 是（請填寫下列項目） <input type="checkbox"/> 否 (1) _____職類， <input type="checkbox"/> 甲級 <input type="checkbox"/> 乙級 <input type="checkbox"/> 丙級 (2) _____職類， <input type="checkbox"/> 甲級 <input type="checkbox"/> 乙級 <input type="checkbox"/> 丙級	
六、參訓助力	1. 體能狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 體弱 <input type="checkbox"/> 有身障手冊 <input type="checkbox"/> 其他 2. 家中是否有年長親屬或年幼子女需照料： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 承上題，若回答是，請問有無接替人選： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 能否配合臨床單位輪值三班之需求： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 5. 住家距受訓地點是否有交通問題： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6. 對於薪資要求：_____元/月；需求福利： _____ 6. 其他：_____	
七、身分	曾領取公教人員保險養老給付或勞工保險老年給付或已領取軍人退休俸、公營事業退休金或合於勞動基準法規定之退休金? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
八、諮詢人員總評	1. <input type="checkbox"/> 適合接受訓練 2. <input type="checkbox"/> 無法安排訓練 (1) <input type="checkbox"/> 心理或健康狀況不適本院訓練 (2) <input type="checkbox"/> 家庭阻力無法排除 (3) <input type="checkbox"/> 參訓意願與期望不符 (4) <input type="checkbox"/> 年長親屬或年幼子女缺乏照料 (5) <input type="checkbox"/> 訓練時間及地點無法配合 (6) <input type="checkbox"/> 重複受訓 (7) <input type="checkbox"/> 其他_____	諮詢人員總評：

諮詢評估部份填寫方式請依報名者填寫及口頭面談後依適合本工作者依序給分，最高分為10分，最低分為0分。

諮詢評估人員

報名名眾簽名：