**2018年-2019年長庚醫療體系運動員補助計畫甄選報名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 運動專項 | | |  | | | | | | | | （相片黏貼處）  二吋正面脫帽半身照片 |
| 姓名 | | |  | | 性別 | | □男　　□女 | | | |
| 出生年月日 | | | 民國　 年　 月　 日 | | 婚姻 | | □已婚　□未婚 | | | |
| 身分證字號 | | |  | | | | | | | |
| 國籍 | | □中華民國 □兼具外國籍（ 國） □大陸地區人民來臺設籍滿10年 | | | | | | | | | |
| 通訊處 | | □□□ | | | | | | 電話 | 日：( ) | | |
| 夜：( ) | | |
| E-mail | |  | | | | | | 行動： | | |
| 歷年競賽成績 | 年度 | | | 主辦單位 | | 競賽名稱 | | | | 獲得獎項 | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
| * 以上競賽成績，請檢附獲獎之相關證明文件。 | | | | | | | | | | |
| 未來兩年訓練計畫及目標 | 若篇幅不足請另用A4紙張繕寫 | | | | | | | | | | |
| 自傳 | | | | | | | | | | | |
| 若篇幅不足請另用A4紙張繕寫 | | | | | | | | | | | |
| **本人報名長庚醫療體系運動員補助計畫甄選，持誠信原則填報上述資料，且願意接受查證，如有虛偽不實願取消補助資格，本人絕無異議，除負法律責任外，並不得要求任何補償。**  **申請人簽名 (未滿20歲者請法定代理人簽名)** | | | | | | | | | | | |
| 是否願意於比賽服裝之胸口處或袖口處繡上長庚醫院LOGO? 是□　否□ | | | | | | | | | | | |
| 檢附資料  **（由審查人勾選）** | | | | * 獲獎之相關證明文件 * 推薦信兩封 * 身份證正反面影本(若無身份證者，請附戶口名簿影本) | | | | | | | |
| 書面資料  初審結果 | | | | * 合格 * 不合格 | | | | | | | |