**「東南亞臺商企業攬才媒合會」報名表**

**活動日期：105年6月8日(週三)10:30~14:30**

**活動地點：臺大醫院國際會議中心201室 (臺北市徐州路2號2樓)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **中文姓名**  **（請正楷填寫）** | **性別** | **辦理保險用** | | | | **學校** | **科系/年級** |
| **外國人(護照號碼)**  **本國人(身分證字號)** | **出生日期**  **(西元)** | **國籍** | **保險受益人** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |

1.注意事項：保險受益人請填父或母（無須提供姓名），若為其他人則須提供姓名並註明關係。

2.本表請於105年6月4日傳送至f5814@ocac.gov.tw

**填表人：**　 　 　 **聯絡電話：**　 　 **E-MAIL：**