**社團法人花蓮縣盲人褔利協進會**

**會員基本資料表**

**年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | （簽章） | | 身分證字號 |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | 二  吋  照  片  浮  貼  處 |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 性  別 | □男　　□女 | | 障  別 | □極重度  □重　度 | | | | | | | □中　度  □輕　度 | | | | | |
| 婚  姻 | □未婚 □已婚 □離婚 | | □多重殘障 | | | | | | | | | | | | |
| 學  歷 | * 研究所以上□大　學 □專科 * 高　中　　□國　中 □國小以下 | | | 畢業學校 | | | 學校　　　　　科  □盲人重建院： | | | | | | | | | | |
| 職  業  類  別 | * 軍公教 * 家管 * 其他 * 無 | □按摩小棧名稱    □按摩院名稱 | | 中  低  收  資格 | | | □低收入戶第　　　　　　　　　款  □中低收入戶（檢附相關文件證明～影本） | | | | | | | | | | |
| 通  訊  地  址 | □□□-□□(郵遞區號) | | | 聯  絡  資  料 | | | 家用電話：  手　　機：  緊急連絡人電話：  （姓名： 關係：　　　　） | | | | | | | | | | |
| 身分證正面影本浮貼處 | | | | | 身分證反面影本浮貼處 | | | | | | | | | | | | |
| 殘障手冊正面影本浮貼處 | | | | | 殘障手冊背面影本浮貼處 | | | | | | | | | | | | |