**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 |