





國防醫學院第十六屆醫研營報名表

姓名		通訊電話	(日)	請黏貼 2 吋照片
正式英文拼音 (ex. Lin Tzu-Hsuan)			(夜)	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	手機號碼		
生日(民國-月-日)		綽號		
身份證字號		飲食習慣	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/> 不吃 _____	
郵遞區號/地址	_____ / _____			
過敏反應(食物、藥物、物品)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____			
請假證明	<input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要		是否曾參加過大學營隊	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
緊急聯絡人/關係		身高體重	身高 _____公分；體重 _____公斤 (營服參考資料用,請務必詳實填寫)	
緊急聯絡電話		就讀學校	_____高中_____年級_____類組	
紀念衫尺寸	2XL/XL/L/M/S/XS	e-mail		
<p>【家長同意書】</p> <p>本人子女_____就讀於_____縣(市)_____高中，同意其參加國防醫學院醫學研習營，並接受營隊輔導、遵守紀律，如有不接受輔導而發生意外或與活動無關之疾病，願自行負責。活動期間，營隊工作人員會與您保持密切聯絡，請家長放心。</p> <p align="right">家長簽章_____</p>				

(表格都請務必仔細填寫唷!!! 請盡量發揮,讓我們能更認識你喔!)

自我介紹  (我們超想認識新朋友!)	
為什麼想參加本營隊  (把熱情說出來吧!)	
對本次營隊的期望  (期待怎樣的夏天呢?)	
教學課程的準備上,需要知道你(妳)的一些個人狀況與意願 	是否戴牙套? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否排斥動物實驗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	對本學院哪個科系有興趣?(可複選) <input type="checkbox"/> 醫學系 <input type="checkbox"/> 牙醫學系 <input type="checkbox"/> 藥學系 <input type="checkbox"/> 護理學系 <input type="checkbox"/> 公共衛生學系
	有無痼疾?(ex:蠶豆症) <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 無
從何處得知本營隊的招生訊息	<input type="checkbox"/> 宣傳海報 <input type="checkbox"/> 營隊網頁 <input type="checkbox"/> FB <input type="checkbox"/> 輔導室 <input type="checkbox"/> 學長姐或同學推薦 <input type="checkbox"/> 其他_____

1.請將報名表填妥後貼好照片，郵寄至『114 台北市民權東路六段 161 號 學員生大隊吳俊逸』收

2.如有疑問請洽

總召	醫三	吳俊逸	0972607390 / (02)87923100 轉 43887
行政執行長	醫三	張嘉育	0933489478 / (02)87923100 轉 43824
行政副執行長	醫三	徐大鈞	0987961161 / (02)87923100 轉 43696