



高雄醫學大學



109 學年度「樂齡研究苑博仕班」報名表

姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	請粘貼二吋 照片一張			
身分證字號							
出生日期	民國	年	月 日				
電 話	住宅：()	手機：					
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Email 信箱							
個資蒐集告知內容	<p>高雄醫學大學為協助學員進行報名相關作業之目的，需蒐集您的姓名、性別、身分證字號、電話、地址、出生年月日等個人資料(辨識類：C001、C003、C011、C023、C038、C051)，作為就學期間及台灣地區內進行聯繫，本報名表將保存 1 年。本校於蒐集您的個人資料時，若您不願意提供真實且完整的個人資料或有欄位未填寫，則可能對您的報名作業及參與本課程之權益有所影響。如欲行使其他個人資料保護法第 3 條的當事人權利，請洽本校教務處推廣教育與數位學習中心。本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容。</p> <p style="text-align: right;">學員簽名：_____</p>						
<p>本人所填寫之資料已確認無誤，也認為自己的健康情形適宜參加本課程，且願自負與課程相關之意外風險。</p> <p>立切結書人：_____ (請親簽) 日期：109 年 月 日</p>							
學 號		應收 金額	109-1	5,000 元	承辦 人簽 章	收 費 章 章	
課程代碼	<input type="checkbox"/> SEN06001		109-2	5,000 元			