

國立屏東大學 111 學年度樂齡大學報名表

編號：

姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	相 片 請黏貼二吋 脫帽半身正面相片
出生年月日	民國 年 月 日	身分證 字 號		
通 訊 處	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
手機		聯絡電話		
E-mail		膳食習慣	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素	
緊急聯絡人		緊急連絡人 聯絡電話	(O)	
			(H)	
最高學歷	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上			
職業	<input type="checkbox"/> 已退休 服務單位：		職稱：	
	<input type="checkbox"/> 現職 服務單位：		職稱：	
興趣 (可複選)	<input type="checkbox"/> 唱歌/音樂 <input type="checkbox"/> 體適能 <input type="checkbox"/> 繪畫/藝術 <input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 手工藝 <input type="checkbox"/> 數位科技 <input type="checkbox"/> 餐飲 <input type="checkbox"/> 命理 <input type="checkbox"/> 人文 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 其他_____			
數位能力	<input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不懂			
資訊來源 (可複選)	<input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 本校/本中心網頁 <input type="checkbox"/> 校園 LED 跑馬燈 <input type="checkbox"/> 宣傳海報 <input type="checkbox"/> 教育部網頁 <input type="checkbox"/> 其他_____			
參加課程動機	<input type="checkbox"/> 補充新知 <input type="checkbox"/> 交朋友 <input type="checkbox"/> 休閒 <input type="checkbox"/> 其他：_____(可複選)			
特殊身分 (可複選)	<input type="checkbox"/> 110 學年參加屏大推廣班 <input type="checkbox"/> 本校退休教職員工 <input type="checkbox"/> 從未參加過本校樂齡大學			
推薦人 (無則免填)	本人_____為申請 111 學年度樂齡大學的新生，推薦我來申請 的屏大 110 學年度樂齡大學學員為_____。			
是否有意願參與本校樂齡大學自主學習社團？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

身分證正反面黏貼處

--	--

- 一、本人已仔細閱讀招生簡章內容，並符合報名 111 學年樂齡大學計畫資格。
- 二、本報名表資料均為屬實，並同意提供國立屏東大學，就辦理推廣教育資料登錄與校內相關分析之用。

學員簽名：_____

國立屏東大學個人資料蒐集聲明暨同意書

國立屏東大學(以下簡稱本校)為校務所需蒐集、處理及利用您的個人資料,依據個人資料保護法規定,向 您告知下列事項,請詳閱:

一、蒐集之目的:辦理本校樂齡大學業務之需要

二、蒐集之個人資料類別:識別類(例如:姓名、國民身分證統一編號、電話號碼、行動電話、通訊及戶籍地址、電子郵遞地址、單位、職稱)、特徵類(例如:出生年月日、國籍)、家庭情形、及符合蒐集目的之各項個人資料類別等。

三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式:

(一)期間:個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令規定、契約約定或本校因執行業務所必須之保存年限。

(二)地區:本國。

(三)對象:本校及其他與本校有業務往來之公務及非公務機關。

(四)方式:以自動化機器或其他非自動化之利用方式。

四、您可依個人資料保護法,就您的個人資料行使以下權利:

(一)查詢或請求閱覽。

(二)請求製給複製本。

(三)請求補充或更正。

(四)請求停止蒐集、處理或利用。

(五)請求刪除。

惟依相關法令規定、契約約定或本校因執行業務所必須者,得不依您請求為之。

五、個人資料之提供:

(一)若您拒絕提供個人資料,本校將無法提供相關服務,亦可能無法維護您的權益。

(二)請依各項服務需求提供您正確、最新及完整的個人資料,若您的個人資料有任何異動,請主動向本校各業管單位申請更正。

(三)若您提供錯誤、過時、不完整或具誤導性的資料,而損及您的相關權益,本校將不負相關賠償責任。

六、本校聯絡方式:總機 08-7663800 轉分機 18103 陳小姐

簽章欄

(本聲明暨同意書由本校承辦單位收存)

本人瞭解上述告知事項,並同意貴校在符合上述告知事項範圍內,蒐集、處理及利用本人所提供之各項個人資料。

立同意書人: _____ (簽名)

中華民國

年

月

日

樂齡學員健康狀況調查表

本活動大部份時間在校園內進行，部份時間會安排至校外進行文化體驗及機構參訪。為確保活動期間您的安全，我們希望對您的健康狀況多一點了解，作為課程活動調整之參考。請確實填寫本調查表，內容我們絕對保密，謝謝合作！

*另檢附屏東基督教醫院或同級醫院三個月內健檢報告，做為評估參考。

姓名：	性別：	年齡：	歲
1. 請自評您的健康狀況	<input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 差		
2. 緊急狀況時指定之醫療院所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 行政院衛生署屏東醫院 <input type="checkbox"/> 寶健醫院 <input type="checkbox"/> 屏東基督教醫院 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
3. 您是否有規律運動的習慣？	<input type="checkbox"/> 是，您的運動是： <input type="checkbox"/> 慢跑 <input type="checkbox"/> 游泳 <input type="checkbox"/> 健走 <input type="checkbox"/> 球類運動 <input type="checkbox"/> 瑜伽 <input type="checkbox"/> 養生操 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否，原因：_____		
4. 您最近一年內曾否住院過？	<input type="checkbox"/> 是，原因_____ <input type="checkbox"/> 否		
5. 您是否需要定期服用藥物？	<input type="checkbox"/> 是，目前服用的藥物為：_____ <input type="checkbox"/> 否		
6. 您是否可不需輔助自行行走	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
7. 您目前是否有以下健康狀況？	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 腰椎疾病 <input type="checkbox"/> 無法久站 <input type="checkbox"/> 退化性關節炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 傳染病(登革熱、肺結核、流感…)		

本人同意健康狀況調查表內容為『樂齡大學』計畫健康評估之依據，所填答內容本人已確認無誤，也認為自己的健康情形適宜參加本次活動。
(填寫好以上資料，閱讀並同意注意事項後，請於下方簽署)

參加者親自簽名：_____

日期： 年 月 日