

慈濟學校財團法人科技大學

109 學年度辦理「活躍樂齡體驗營」報名表

姓 名	身分證字號										1. 請粘貼二吋照片一張 2. 另製作識別證一張	
出生年月日	民國 年 月 日，____歲						性別					
聯絡方式	住宅：() 手機： E-mail 信箱：											
聯絡地址	□□□											
緊急聯絡人					關係		聯絡電話					
退休前 後 職 業	退休前服務單位：						職稱：					
	退休後服務單位：						職稱：					
學 歷	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上											
專 長	<input type="checkbox"/> 唱歌 <input type="checkbox"/> 書法 <input type="checkbox"/> 國畫 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 手工藝 <input type="checkbox"/> 舞蹈(可複選) <input type="checkbox"/> 其他_____											
電腦應 用 力	<input type="checkbox"/> 完全不會使用 <input type="checkbox"/> 略懂 <input type="checkbox"/> 熟練 <input type="checkbox"/> 精通											
志 工 經 驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明_____											
收 費	免費											
報名本次活動訊息管道： <input type="checkbox"/> 報紙廣告 <input type="checkbox"/> 單張廣告 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 網路訊息 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 自行參與 <input type="checkbox"/> 與配偶同行(配偶姓名：_____) <input type="checkbox"/> 與親友同行(親友姓名：_____)												
參與本課程的動機：												
對本課程之期待：												

※備註：1. 本校僅提供素食
2. 交通須自理

健康狀況調查表

本活動大部份時間在慈濟科技大學校園內進行，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!

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. 指定之醫療院所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 慈濟醫學中心 <input type="checkbox"/> 門諾會醫院 <input type="checkbox"/> 署立花蓮醫院 <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"/> 瑜珈 <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. 您是否曾接受過外科手術？	<input type="checkbox"/> 是，原因：_____ <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"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無	

本人同意健康狀況調查表內容作為「活躍樂齡體驗營」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