

行政院客家委員會、僑務委員會

Council for Hakka Affairs, Executive Yuan & Overseas Compatriot Affairs Commission

「2011 海外青年客家文化研習營」報名表

Application Form for 2011 Overseas Youth Hakka Culture Camp

填寫報名表前，務請先詳閱活動簡章各項說明與規定。 (Please read admission guidelines carefully before filling out the application form.)						相片 (3 張) Attach 3 Recent 2-inch Photos Here		
姓 名	中 文 NAME IN CHINESE							
	英 文 NAME IN ENGLISH (Capital Letters)	_____ First Middle Last						
出 生 地 BIRTH PLACE		出 生 日 期 DATE OF BIRTH	_____ Year Month Day	性 別 SEX	<input type="checkbox"/> 男 Male			<input type="checkbox"/> 女 Female
國 籍 NATIONALITY		住 址 HOME ADDRESS	(Capital Letters)					
電 話 TEL	()			E-mail :				
傳 真 FAX	()							
護 照 PASSPORT	發照地點 ISSUE PLACE		號 碼 NUMBER		失效日期 EXPIRATION DATE			
是否為客家子弟？ ARE YOU HAKKA ?		<input type="checkbox"/> 是(YES)			<input type="checkbox"/> 否(NO)			

父母資料 PARENTS (Give complete addresses only if different from home address above)					
父 親 FATHER (In Chinese)		母 親 MOTHER (In Chinese)			
姓 名 NAME					
服務機構 OFFICE OR COMPANY					
參加僑團或僑社 O. C. SOCIETY		電話 TEL		傳真 FAX	

在台親友緊急聯絡人 (20 歲以上) RELATIVE OR FRIEND FOR EMERGENCY CONTACT IN TAIWAN(Above age 20)					
姓 名 NAME IN CHINESE		電話 TEL	()	與本人關係 RELATION	
		傳真 FAX	()		
服務機構 OFFICE OR COMPANY				職 稱 POSITION	

是否患有下列疾病？Do you have any of these diseases？

☐ 痼疾 CHRONIC DISEASE,ex:_____

☐ 癲癇 EPILEPSY

☐ 否 NO

☐ 精神心理疾病 PSYCHOGENIC ILLNESS

☐ 心臟腦血管病變 CARDIO-VASCULAR DISEASE

如患有上列疾病或其他疾病足以影響活動之進行，請勿報名參加，抵台後如經發現患有以上疾病，即須退營並自行負擔醫療及返居留地費用。

Please do not apply for admission, if you have any one of the above-mentioned diseases or any diseases which may affect the activity. If any of the above mentioned are discovered after arriving in Taiwan, the student must leave immediately and pay his/her own medical and return expenses.

請注意本頁每欄務必填寫，否則申請表件不予受理。Please note, all information must be completed; otherwise your application won't be accepted.

在家使用語言 Language Spoken at Home		證件 Documents		
<input type="checkbox"/> 華語 Mandarin <input type="checkbox"/> 其他 other : _____		Place enclose copies of : <input type="checkbox"/> 健康證明 Health Certificate <input type="checkbox"/> 出生證明或護照 Birth Certificate Or Passport <input type="checkbox"/> 保險 證明 Health Insurance Certificate		
中文程度 Proficiency in Mandarin (Please Mark with ×)				
Self-Grading Index	精通 Excellent	好 Good	可 Fair	不好 Poor
聽 LISTENING				
說 SPEAKING				
讀 READING				
寫 WRITING				

① 申請人簽名 Applicant Signature

② 家長簽名 Parent's Signature

申請日期 Date of application :
(D) ____ / (M) ____ / (Y) _____

以下請勿填寫（審核用）Please do not write below this line (FOR OFFICIAL USE ONLY)	
審 查 單 位	初 審 (政府駐外代表單位或華僑文教服務中心)
審 查 意 見	1.申請人確實具備華裔身分？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2.送審證件及所填資料是否齊全、屬實？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
※ 務請加蓋 受理單位章戳 或 審查人印章	印 鑑
審 查 日 期	年 月 日