

照顧服務員訓練報名表(範本)

補助單位	臺南市政府勞工局職訓就服中心			相 片
班別名稱	照顧服務員訓練職前班第一期			
開訓日期	107年03月05日	結訓日期	107年03月21日	
中文姓名*		身分證字號		
英文姓名	Last Name (姓):		First name (名):	
性 別*	1. <input type="checkbox"/> 男	2. <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日
最高學歷*	1. <input type="checkbox"/> 國中(含以下) 2. <input type="checkbox"/> 高中職 3. <input type="checkbox"/> 專科 4. <input type="checkbox"/> 大學 5. <input type="checkbox"/> 研究所(含以上)			
學校名稱*		科 系		
畢業狀況*	1. <input type="checkbox"/> 畢業	2. <input type="checkbox"/> 肄業	兵役狀況	1. <input type="checkbox"/> 役畢 2. <input type="checkbox"/> 免役 3. <input type="checkbox"/> 未役 4. <input type="checkbox"/> 在役
通訊地址*	□□□-□□			
戶籍地址*	□□□-□□			
聯絡電話*	()	行動電話		
電子郵件				
參訓身份	<input type="checkbox"/> 在職者 <input type="checkbox"/> 失業者			
參訓身份別	1. <input type="checkbox"/> 一般身份者 2. <input type="checkbox"/> 就業保險被保險人非自願失業者 3. <input type="checkbox"/> 獨力負擔家計者 4. <input type="checkbox"/> 中高齡 5. <input type="checkbox"/> 原住民 6. <input type="checkbox"/> 身心障礙者 7. <input type="checkbox"/> 低收入戶有工作能力者 9. <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害人 10. <input type="checkbox"/> 更生受保護人 11. <input type="checkbox"/> 農漁民 13. <input type="checkbox"/> 外籍配偶 14. <input type="checkbox"/> 大陸配偶 17. <input type="checkbox"/> 參加職業工會失業者 18. <input type="checkbox"/> 921 受災戶 19. <input type="checkbox"/> 性侵害被害人 20. <input type="checkbox"/> 就業保險被保險人自願失業者 23. <input type="checkbox"/> 犯罪被害人及其親屬 24. <input type="checkbox"/> 長期失業者 25. <input type="checkbox"/> 天然災害受災民眾 27. <input type="checkbox"/> 長期失業者 29. <input type="checkbox"/> 重大災害受災者 33. <input type="checkbox"/> 因應貿易自由化協助勞工 33. <input type="checkbox"/> 中低收入戶中有工作能力者 37. <input type="checkbox"/> 65 歲含以上者。 42. <input type="checkbox"/> 二度就業婦女。			
訓練生活津貼類別	1. <input checked="" type="checkbox"/> 未申請 2. <input type="checkbox"/> 就業保險法 3. <input type="checkbox"/> 就業促進津貼實施辦法			
緊急通知人姓名		緊急通知人關係	緊急通知人電話	()
緊急通知人地址	□□□-□□			
受訓前工作經歷	服 務 單 位	職 稱	任 職 起 迄 年 月	
			年 月 ~ 年 月	
交通方式	1. <input type="checkbox"/> 住宿 2. <input type="checkbox"/> 通勤	受訓前失業周數	1. <input type="checkbox"/> 30週(含)以下 2. <input type="checkbox"/> 31-52週 3. <input type="checkbox"/> 53週(含)以上	
從何種管道得知報名訊息 <input type="checkbox"/> 1. 報紙 <input type="checkbox"/> 2. 廣播 <input type="checkbox"/> 3. 電視(第四台) <input type="checkbox"/> 4. 鄉鎮市區公所 <input type="checkbox"/> 5. 縣市政府 <input type="checkbox"/> 6. 公立就業服務機構 <input type="checkbox"/> 7. 親友 <input type="checkbox"/> 8. 網路 <input type="checkbox"/> 9. DM <input type="checkbox"/> 10. 本機關學員 <input type="checkbox"/> 11. 向本機關電話詢問 <input type="checkbox"/> 12. 其他_____				
身分證影本粘貼處 (正面)			身分證影本粘貼處 (背面)	

報名參訓資格審查切結書(照顧服務員專班)

本人_____報名參加台南市住院病患家事服務業職業工會辦理照顧服務員訓練，已詳閱招生簡章規定，並已確認符合下方報名身分及報名資格，且確實勾選無誤，如有不實，本人願意放棄參加筆試、口試、錄訓及申請職業訓練生活津貼資格，並負一切法律責任。

■報名身分：

年滿16歲以上。

失業或待業勞工，並符合下列條件之一者：

無勞保加保紀錄。

有加保紀錄，目前退保中。

加保職業工會、農會或漁會，惟確實無工作。

非公司商號負責人(含有限公司及股份有限公司之董事)或自營作業者。

非屬軍公教在職人員。

在職勞工，並符合下列條件之一者：

加保勞工保險。

加保就業保險。

加保職業工會、農會或漁會。

■失業或待業勞工聲明事項

就業保險被保險人非自願離職者身分：(下列選項請擇一勾選)

本人具有就業保險被保險人非自願離職者身分。

本人未具有就業保險被保險人非自願離職者身分

本人已充分瞭解下列規定：

(一)以失業或待業者身分報名之學員，有下列情事之一者，不予錄訓。但經公立就業服務機構進行適性、適訓專業評估確有職能落差之參訓需求，且訓練崗位尚有缺額可供訓練時，不在此限：

1. 報名班次之報名截止日，尚於前次結訓班次之訓後九十日就業輔導期間。
2. 開訓日前一年內曾參加職前訓練課程，且因請假、曠課時數或其他可歸責於學員之事由經退訓。
3. 開訓日前二年內，重覆參加相同班名之職前訓練課程(含中途離、退訓，但不含遞補期限內離訓)。
4. 開訓日前二年內，已有二次(含)以上職前訓練參訓紀錄(含中途離、退訓，但不含遞補期限內離訓)，且於結訓後九十日內均無就業紀錄。但可提供開訓日前二年內投保勞工保險(不含職業工會、農會、漁會及公法救助關係領取津貼之保險者)之受僱事實證明文件者，不在此限。有招收本點所列不予錄訓或未符合報名資格條件之民眾參訓者，除不符規定者之個人訓練費用不予補助外，並納入未來審查評分之參考依據。

(二)同時具有符合「就業保險法」第11條規定非自願離職者身分及「就業服務法」第24條第1項各款所列特定對象失業者身分時，應依「就業促進津貼實施辦法」規定，優先以就業保險被保險人非自願離職者身分請領「就業保險法」所定之職業訓練生活津貼，惟未能於報名之班次開訓前確認身分為就業保險被保險人非自願離職者，得依規定請領「就業促進津貼實施辦法」所定之職業訓練生活津貼。但如發現2年內曾領取「就業保險法」及「就業促進津貼實施辦法」職業訓練生活津貼合計超過6個月者(身心障礙者為12個月)，將依規定追繳溢領之「就業促進津貼實施辦法」職業訓練生活津貼。

此致

台南市住院病患家事服務業職業工會

立切結書人：

(簽章)

身分證統一編號：

法定代理人：(簽章)(未滿二十歲之未成年者須經法定代理人(父母或監護人)同意)

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

查詢個人相關資料同意書(照顧服務員專班)

本人_____報名參加台南市住院病患家事服務業職業工會 辦理照顧服務員訓練班 訓練課程，並已瞭解下列內容，同意由勞工主管機關、公立職訓機構、公立就業服務機構及據點或上開訓練單位查詢本人就業保險、勞工保險、網際網路就業服務系統以及資遣通報系統等相關資料：

一、適用對象：年滿16歲以上之本國國民、持有效居留證之外籍配偶及獲准依親居留、長期居留或定居之大陸地區配偶等報名參加職業訓練課程者。

二、內容：報名參加職業訓練課程者，需同意勞工主管機關、公立就業服務機構、公立就業服務據點或職業訓練單位查詢其就業保險、勞工保險、本署網際網路就業服務系統以及資遣通報系統等相關資料後，方可受理報名職訓課程之申請；若不同意查詢個人相關資料，將無法進行資格審核處理作業。

三、保密：本案之個人資料，將依個人資料保護法規定辦理。

四、同意臺南市政府將本人個人參訓資料提供給照顧服務職類中央主管機關衛生福利部及勞動部，衛生福利部及勞動部將依個人資料保護法規定予以保密。

此致

台南市住院病患家事服務業職業工會

立切結書人：

(簽章)

身分證/統一編號：

法定代理人：

(簽章)(未滿二十歲之未成年者須經法定代理人(父母或監護人)同意)

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日