

**僑務委員會、教育部**  
**OCAC, MOE,**  
**2020 年南半球地區海外青年英語服務營報名表**  
**Application Form for Overseas Youth English Teaching Volunteer Service Program**

填寫報名表前，務請先詳閱活動簡章各項說明與規定。  
 (Please read application guidelines carefully before filling out the application form.)

請黏貼 1.5 吋個人相片  
 Please attach a recent  
 1.5-inch photo here

姓 名	中 文 NAME IN CHINESE		國 籍 Nationality	
	英 文 NAME IN ENGLISH	First /Middle /Last (in Capital Letters)		
出生地 BIRTH PLACE		出生日期 DATE OF BIRTH	Month day year	性別 GENDER
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male Female

在家使用語言 Language spoken at home :  華語 Mandarin , and/or  其他 other : \_\_\_\_\_

護 照 PASSPORT	發照地點 ISSUE PLACE		護照後四碼 Last 4 digits	失效日期 EXPIRATION DATE
-----------------	---------------------	--	------------------------	-------------------------

**父母資訊 PARENTS' INFORMATION:**

	父 親 FATHER (Write in Chinese)	母 親 MOTHER (Write in Chinese)
姓名 NAME	日間電話	日間電話
服務機構 COMPANY		
參加僑團或僑社 O. C. SOCIETY		

**在臺親友緊急聯絡人 (20 歲以上) RELATIVE OR FRIEND FOR EMERGENCY CONTACT IN TAIWAN (Above age 20)**

姓 名 NAME IN CHINESE		電話 Tel ( )		住家電話 Tel ( )	
		傳真 Fax ( )		手機 Cellular ( )	
服務機構 COMPANY		職 稱 POSITION		與本人關係 RELATIONSHIP	

是否患有下列疾病? Do you have any of these diseases?  否 NO

痼疾 CHRONIC DISEASES, ex: \_\_\_\_\_  精神心理疾病 PSYCHOGENIC ILLNESS

癲癇 EPILEPSY  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，抵臺後如經發現患有以上疾病，即須離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 of the above-mentioned diseases or any diseases which may affect the activity.  
 If any of the above mentioned diseases is discovered after arriving in Taiwan, the participant must leave immediately and pay his/her own medical and return expenses.

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

① 申請人簽名 Applicant's Signature	送審證件 Documents submitted: <input type="checkbox"/> 網路登錄確認單 Internet Registration Sheet <input type="checkbox"/> 營隊規則簽回 General Regulations Sheet <input type="checkbox"/> 醫療保險影印本 Copy of Health Insurance <input type="checkbox"/> 出生證明 Copy of Birth Certificate <input type="checkbox"/> 僑居國護照影本 Copy of Passport <input type="checkbox"/> 個資使用同意書 Personal Data Consent Form <input type="checkbox"/> 其他 Others _____
② 家長簽名 Parent's Signature	
③ 申請日期 Date of Application : (M) ____ / (D) ____ / 2019	

**以下請勿填寫 (審核用) Please do not write below this line (FOR OFFICIAL USE ONLY)**

駐外館處/收件單位名稱		收件日期	2019 年 月 日
審查單位意見	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 3. 曾否參加本項活動? <input type="checkbox"/> 是 _____ 年, <input type="checkbox"/> 否	其他意見:	
		審查日期	2019 年 月 日