

# 目錄



我可以報名嗎？	1
身心障礙職業訓練有 3 種職類	2
電腦資訊職類班級名稱及招收人數	3
創意設計職類班級名稱及招收人數	4
清潔職類班級名稱及招收人數	5
報名日期和時間	7
報名方式	8
一定要準備的報名資料	9
有以下狀況需額外繳交的資料	12
招生簡章索取方式	14
甄試時間及地點	15
甄試內容及方式	16
甄試地點交通資訊	18
位置圖	19
電腦資訊職類及創意設計職類上課期間及時間	20
清潔職類上課期間及時間	21

# 我可以報名嗎？

我必須符合以下 3 個條件可以報名



1. 領有身心障礙證明，  
或經精神科專科醫師  
診斷為精神疾病，病  
情穩定，且未取得身  
心障礙證明者。  
( 需有診斷證明 )



2. 國民中學畢業或年  
滿 15 歲以上。



3. 現在沒有工作，  
但是想學習技能，  
將來可以找工作。

# 身心障礙職業訓練有 3 種職類

## 電腦資訊職類



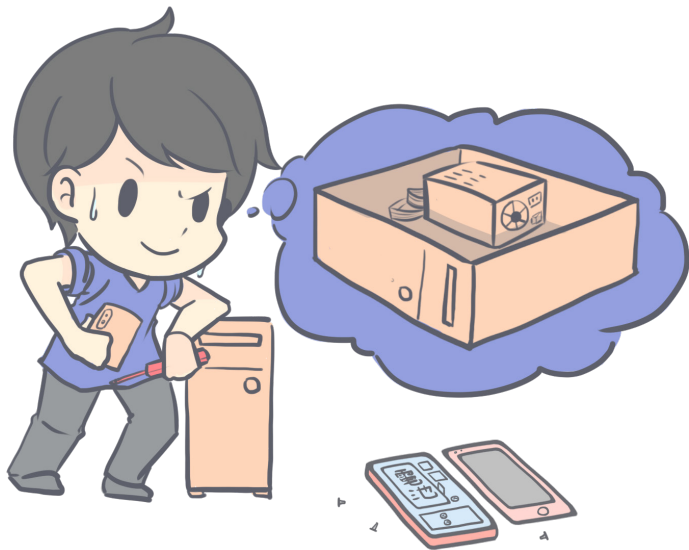
## 創意設計職類



## 清潔職類



# 電腦資訊職類班級名稱及招收人數



電腦手機硬體維修  
與文書軟體應用班  
預計 115 年 11 月  
招生



AI 工作術與行政  
事務應用班  
預計 115 年 11 月  
招生



ERP 行政事務與 AI  
短影音製作班  
預計 115 年 11 月  
招生

各班上課時間請看 20 頁

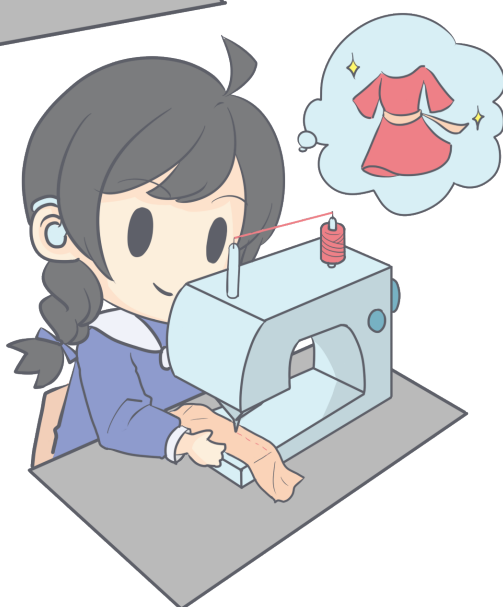
# 創意設計職類班級名稱及招收人數



圖文編輯  
與社群小編應用班  
預計 115 年 11 月  
招生



皮革工藝製作基礎班  
預計 115 年 11 月招  
生

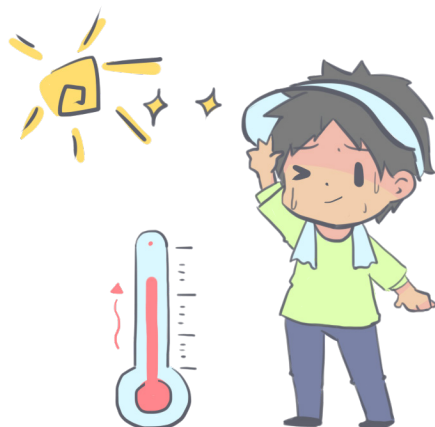


基礎打版縫製技能班  
預計 115 年 11 月招  
生

# 清潔職類班級名稱及招收人數



第二梯次  
園藝清潔班  
招收 10 人



## 清潔職類班

1. 智能障礙者優先錄取
2. 喜歡在戶外或廚房，能夠耐熱，會優先錄取！

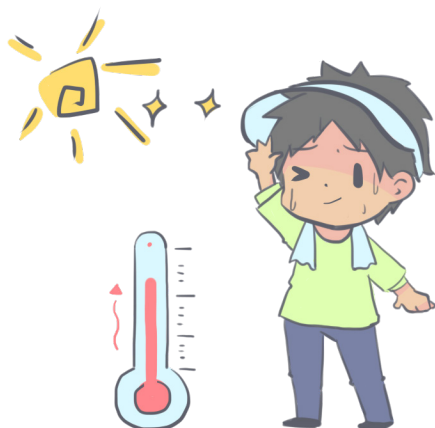
# 清潔職類班級名稱及招收人數



第二梯次  
洗車美容班  
招收 10 人



第二梯次  
環境清潔人員  
培訓班  
招收 10 人



## 清潔職類班

1. 智能障礙者優先錄取
2. 喜歡在戶外或廚房，能夠耐熱，會優先錄取！

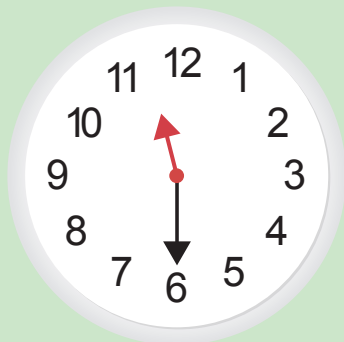
# 報名日期和時間

## 115年05月

日	一	二	三	四	五	六
					1	2
3	3	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
<del>24</del> 31	25	26	27	28	29	30

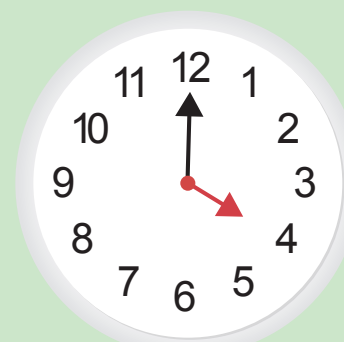
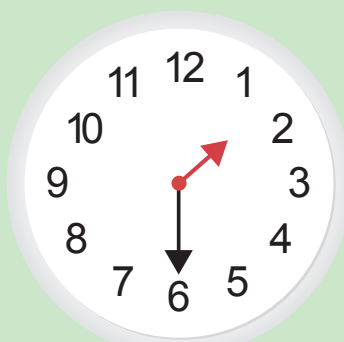
### 報名日期

從 115 年 05 月 05 日  
到 115 年 05 月 22 日  
星期一到星期五



報名時間：上午時段  
09:00 ~ 11:30

中午休息時間 不受理



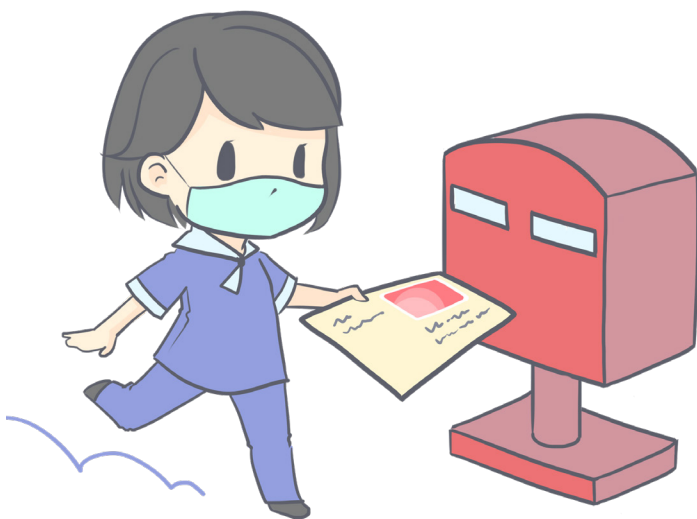
報名時間：下午時段  
01:30 ~ 04:00

# 報名方式



## 1. 現場報名

請到本中心 ( 高雄市三民區  
十全三路 101 號 ) 2 樓教務  
課報名



## 2. 郵寄報名 ( 郵戳為憑 )

05 月 18 日前將報名資料掛  
號郵寄到『高雄市政府勞工  
局博愛職業技能訓練中心 2  
樓教務課』收

地址：807 高雄市三民區  
十全三路 101 號

# 一定要準備的報名資料

## 1. 填寫報名表



高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心  
113 年度第 37 期身心障礙者職業訓練班報名表  
(**填表前請先閱讀，請仔細填妥，以免影響甄選及發給訓練權益**)

姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	學歷	學校	科(系)
出生日期	身分證字號	通訊處	電話	手機
通訊處	戶籍地址	聯絡人	職稱	電話
通訊處	戶籍地址	聯絡人	職稱	電話
我已經詳閱「招生簡章」及「報名須知」等相關規定，並確認本人符合： <input type="checkbox"/> 報名資格 <input type="checkbox"/> 報名資格 <input type="checkbox"/> 報名資格	<b>【報名資格】</b> 1. 在學、在職、在學及在職者，均得報名。 2. 在學、在職、在學及在職者，均得報名。 3. 在學、在職、在學及在職者，均得報名。			
報名類別	<input type="checkbox"/> 第一梯次 <input type="checkbox"/> 第二梯次 <input type="checkbox"/> 第三梯次 <input type="checkbox"/> 第四梯次			
報名繳交資料	1. 報名表正反面 1 份(正本) 2. 身心障礙證明正反面 1 份(影本) 3. 最近 2 吋半身彩色照片 1 張(影本) 4. 學歷證明文件 5. 學歷證明文件 6. 學歷證明文件			
報名繳交資料	1. 報名表正反面 1 份(正本) 2. 身心障礙證明正反面 1 份(影本) 3. 最近 2 吋半身彩色照片 1 張(影本) 4. 學歷證明文件 5. 學歷證明文件 6. 學歷證明文件			
報名繳交資料	1. 報名表正反面 1 份(正本) 2. 身心障礙證明正反面 1 份(影本) 3. 最近 2 吋半身彩色照片 1 張(影本) 4. 學歷證明文件 5. 學歷證明文件 6. 學歷證明文件			

**備用說明**  
依據報名表及 113 年度第 37 期身心障礙者職業訓練班招生訓練計畫，有關您此次參加本中心之甄選，會將您報名時所填之內容及各項資料，於甄選後發給職業訓練系統，供訓練與輔導之用。

**報名同意書**  
1. 本人已詳閱招生簡章並願遵守相關規定，且已確認所填資料及檢附資料(含報名表、資格審查表、最近 2 吋半身彩色照片)正確無誤，如有偽造應負法律責任。另同意本中心基於甄選事務，錄取公布、各項統計、證書與相關訊息之必要(含甄試與訓練照片)，本人所提供之個人資料為真實、處理及利用。  
2. 本人同意貴中心追蹤查詢個人勞工保險相關資料，以確認資料正確性及輔導就業成果所需。  
3. 本人同意將報名時所填之各項資料與培訓內容供貴中心訓練與輔導、職業系統與職業窗口使用，並配合培訓後各項就業推介或合作廠商就業，絕無異議，若有違誤，願負法律責任。此致 高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心。  
4. **本人了解貴中心利用手機簡訊發送甄試通知(不另行寄發甄試通知單)，並自行上網查詢甄試(報到)時間，若未主動上網查詢或致電貴中心確認甄試時間或影響甄試權益，將自行負責。**

報名人簽名：\_\_\_\_\_ (未簽者視為未完成報名手續)  
 若無法親自報名者，可委託他人報名，請填委託資料：  
 委託人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證統一編號：\_\_\_\_\_ 與報名人關係：\_\_\_\_\_  
 若以下身分者請勾選，監護人或法定代理人需簽名(無以下身分免勾選)：  
 未滿 18 歲且未婚者  受監護宣告或輔助宣告身分  
 法定代理人、監護人或輔助人簽名：\_\_\_\_\_  
 身分證字號：\_\_\_\_\_

中華民國身心障礙證明 ( ) ( )

正反面都要影印！

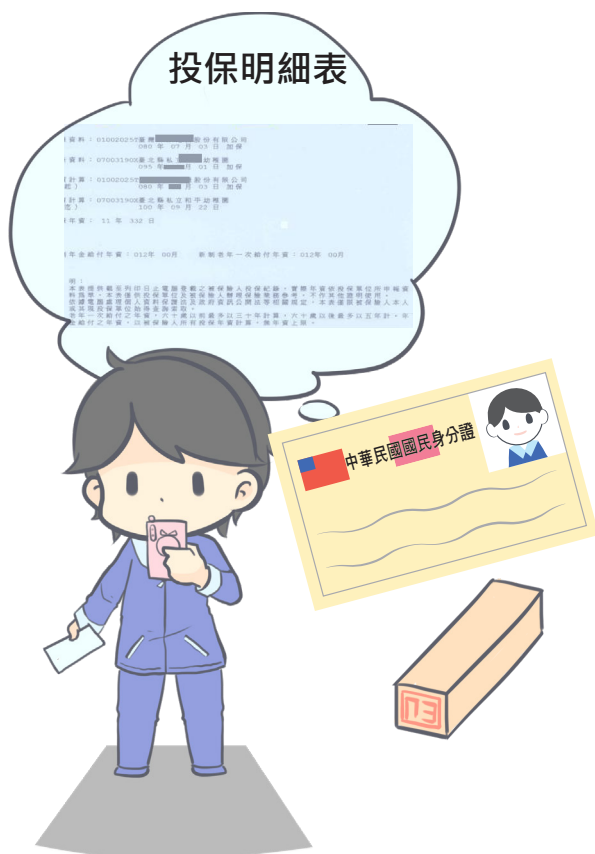
(1) 填寫「報名表」正反面各 1 份

(2) 在報名表正面黏貼近 3 個月，彩色半身一寸照片

(3) 在報名表反面黏貼，「身心障礙證明正反面影本」

# 一定要準備的報名資料

## 2. 申請勞工保險被保險人投保明細表



115 年 04 月 20 日後可以到勞工保險局申請

「勞工保險被保險人投保明細表」

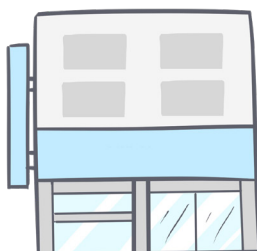
請攜帶有照片之身分證明文件及印章至勞工保險局申請。  
或憑自然人憑證上勞保局網站插卡查詢

勞工保險局在高雄、屏東有以下 3 個辦事處請選擇 1 個前往申請。

(1) 高雄市辦事處  
07-7275115  
高雄市苓雅區政南街 6 號 1 樓  
(行政院南部聯合服務中心 1 樓)

(2) 高雄市第二辦事處  
07-7462500  
高雄市鳳山區復興街 6 號

(3) 屏東辦事處  
08-7377027  
屏東縣屏東市廣東路 552 之 1 號



# 一定要準備的報名資料

## 3. 填寫報名參訓資格審查切結書

**報名參訓資格審查切結書**

本人\_\_\_\_\_報名參加高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心辦理之  
(依據個別名額)訓練，已詳閱並了解招生簡章規定，且確認符合下方報名身分及報名資格，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。

**聲明事項：**

本人自願在學者身分，並已充分瞭解及符合下列規定(請擇一勾選)：

年滿15歲以上身心障礙失業者，無勞保、公保或軍保在保中。

年滿15歲以上身心障礙失業者，目前加保職業工會、農會、漁會或屬裁減殘保、職災續保身分，且確實無工作。

1. 報名學員如有下列情事之一者，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，且訓練員位尚有缺額可供錄訓時，不在此限：

(1) 結訓學員尚處於訓練3個月內之就業輔導期間。

(2) 開訓日前1年內曾參加勞動部勞動發展署及各分署或各職訓中心自辦、委外或補助辦理之職前訓練課程，且因請假、曠課時數或其他可歸責於學員事由而被退訓。

(3) 開訓日前2年內曾參加相同課程，訓練時數亦相同之訓練課程。

(4) 開訓日前2年內已有2次職前訓練參訓紀錄，且其訓練3個月內均無就業效果或紀錄，但可提供2年內確有受僱事實證明文件者，不在此限。

2. 同時具有「就業保險法」第11條第2項及第3項所列之就業保險被保險人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申請「就業保險法」所定之職業訓練生活津貼。如未依規定優先申請「就業保險法」職業訓練生活津貼，而以特定對象身分申請「就業促進津貼實施辦法」所定之職業訓練生活津貼，將依「就業促進津貼實施辦法」規定，不予核發「就業促進津貼實施辦法」所定之職業訓練生活津貼；已核發者，將撤銷並予以追繳。

3. 本人研究得為受監護宣告或輔助宣告者，若具上述任一身分，本人會於報名期間主動檢附證明文件告知本中心教務人員，報名資料並依規定請受監護宣告或輔助宣告者簽章。若有不實，影響相關權益及義務，皆由本人或其監護人、輔助人負責。

4. 本人同意貴中心追蹤查詢個人勞工保險相關資料，以確認就業資料正確性及輔導就業成果所需。

此致 高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心

立切結書人：\_\_\_\_\_ (簽章) 身分證統一編號：\_\_\_\_\_

**※未滿二十歲且未婚者、受監護宣告或輔助宣告身分，請法定代理人、監護人或輔助人於下方簽章(無此身分不需簽章)**

法定代理人：\_\_\_\_\_ (簽章) 身分證統一編號：\_\_\_\_\_

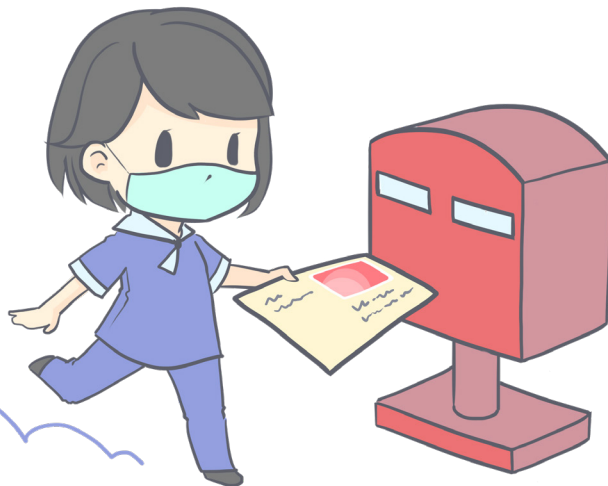
中華民國 年 月 日

## 4. 填寫職業訓練基本資料表

**高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心**  
**身心障礙者職業訓練班職業訓練基本資料表**

填寫說明：1. 報名者皆需填本表，若無法填寫時請由家長、監護人或輔助人協助填寫，以做為  
甄試訪談資料。  
2. 本表若未填寫或未完整者，視同證件不齊全，未完成報名手續。

報名者姓名	身分證字號
填表者姓名 <input type="checkbox"/> 同報名者 <input type="checkbox"/> 與報名者關係 <input type="checkbox"/> 本人	
本次如何得知職業訓練訊息(可複選) <input type="checkbox"/> 收到簡訊 <input type="checkbox"/> 捷運車站廣告 <input type="checkbox"/> 捷運電視廣告 <input type="checkbox"/> 雜誌彩摺列車 <input type="checkbox"/> 小旁向前街(FB) <input type="checkbox"/> YOUTUBE 廣告 <input type="checkbox"/> 聽廣播 <input type="checkbox"/> 看電視 <input type="checkbox"/> 親臨站 <input type="checkbox"/> 學校老師告知 <input type="checkbox"/> 社團 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 社區復健中心 <input type="checkbox"/> 中心網頁 <input type="checkbox"/> 收到中心簡章 <input type="checkbox"/> 成果展/市集活動 <input type="checkbox"/> 家人(請說明：_____) <input type="checkbox"/> 朋友(請說明：_____) <input type="checkbox"/> 其他(請說明：_____)	
<b>基本資料</b>	
1. 報名者身心障礙原因(請說明致殘時間與原因，例如出生時發燒、黃疸...) (1) 發生時間： <input type="checkbox"/> 出生時 <input type="checkbox"/> ____歲 <input type="checkbox"/> 不清楚 (2) 原因： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 工作中因意外受傷 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 是否伴隨其他生理障礙？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(勾選此項可複選，請續答以下問題)： <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 有癱瘓 <input type="checkbox"/> 有精神疾病 <input type="checkbox"/> 有視力不佳 <input type="checkbox"/> 有聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 甄試時是否需要輔具協助？ <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要(請續填以下輔助工具) <input type="checkbox"/> 請中心提供輔具 <input type="checkbox"/> 或協助服務 <input type="checkbox"/> 自備輔助工具 <input type="checkbox"/> 即可	
<b>學歷及資格</b>	
1. 是否具備報名世別相關技術士證照： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請填寫下列項目) 類別 <input type="checkbox"/> 甲級 <input type="checkbox"/> 乙級 <input type="checkbox"/> 丙級 _____ 2. 是否具備電腦基礎操作能力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<b>生活自理能力</b>	
1. 家庭中是否有其他人也是身心障礙者？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，____人，與報名者之關係____，其致障原因(請說明)_____ 2. 生活自理能力：(如廁、刷牙、洗澡、儀容整理、穿衣...) <input type="checkbox"/> 大多需要別人協助 <input type="checkbox"/> 偶而需要別人協助 <input type="checkbox"/> 不需要別人協助 3. 獨立行動能力(可複選)： <input type="checkbox"/> 搭乘運 <input type="checkbox"/> 搭乘/輕軌 <input type="checkbox"/> 搭火車 <input type="checkbox"/> 乘坐復健巴士 <input type="checkbox"/> 家人接送 <input type="checkbox"/> 自己騎機車 <input type="checkbox"/> 騎腳踏車 <input type="checkbox"/> 開車 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 4. 特殊行為： <input type="checkbox"/> 有自傷行為 <input type="checkbox"/> 有過動傾向 <input type="checkbox"/> 曾交法院保護管束 <input type="checkbox"/> 有攻擊他人紀錄 <input type="checkbox"/> 對異性特別有興趣 <input type="checkbox"/> 其他 _____	



一定要準備的報名資料  
第 9 頁到第 11 頁  
4 種資料都一定要有！

# 有以下狀況需額外繳交的資料

## 戶籍謄本

稱謂：戶長  
姓名：○○○  
父：○○○  
父統號：Z1XXXXXX7  
配偶：○○○  
配偶統號：F2XXXXXX3  
出生地：臺灣省臺東縣  
記事：原登記平地原住民身分民族別○○族民國102年11月27日變更。男○○○統一編號F1XXXXXX1民國102年12月16日出生。原登記父姓名○○○父更改姓名民國102年12月23日變更。原登記平地原住民身分民族別○○族民國103年7月○日變更。

出生日期：民國XX年XX月XX日  
國民身分證統一編號：Z1XXXXXX6  
母：○○○  
母統號：F2XXXXXX1  
原住民族別及族別：平地原住民 ○○族  
役別：除役  
出生別：長男

稱謂：祖父  
姓名：○○○  
父：○○○  
父統號：(無)  
出生地：臺北府  
出生日期：民國XX年XX月XX日  
國民身分證統一編號：F1XXXXXX2  
母統號：(無)  
出生別：男

民國102年12月23日憑原登記戶籍登記。民國103年1月15日登記出生地。

- 1. 我有改過名字：  
交有個人記事的戶籍謄本  
(影本)

注意：要有個人「記事」欄位

## 職業訓練推介單

編號：  
推介身分：  
 就業保險被保險人非自願性離職失業者  
 就業保險之特定對象失業者(個案區分： )  
 非就業保險之特定對象失業者(個案區分： )  
 經社工員訪評有經濟困難者(符合本項身分者，並經公立就業服務機構諮詢評估後，持本推介單可免費參訓，非供請領職業訓練生活津貼。)

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	
身分證統一編號		教育程度		聯絡電話	

## 就業保險職業訓練生活津貼申請書及給付收據

申請日期 年 月 日

姓名	身分證統一編號	出生日期	年 月 日	電話	( ) 手機
通訊地址	求職登記日期	年 月 日	求職登記日期	年 月 日	求職登記日期
職業單位名稱及保險證號	保險證號：字 號	推介訓練單位名稱、地址及電話	名稱、地址及電話	名稱、地址及電話	名稱、地址及電話
訓練時間	合計 個月又 天 總時數合計 小時	申請給付日期	年 月 日	訓練日期	年 月 日

有無請領其他就業促進津貼  無  有  有無請領失業給付  有  無

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心

持癲癇身心障礙證明者報名參訓【疾病資料表】

【填寫說明】

本中心身心障礙者職業訓練之招收持癲癇證明者參訓【詳見招生簡章】，為維護參訓學員訓練期間之安全及訓練績效，請持癲癇身心障礙證明者返回原治療醫事機構，由原診療之神經內科醫師詳填此表。

病患基本資料	
病患姓名	身分證字號
填表醫師資料	
醫師姓名	服務單位/科別
聯絡電話	

- 2. 我是就業保險法認定的非自願離職者：  
要到就業服務站申請  
下面兩種資料  
(1) 職業訓練推介單  
(2) 就業保險職業訓練生活津貼給付申請書及給付收據
- 3. 我有癲癇：  
建議繳交疾病資料表



# 招生簡章索取方式



## 1. 上網列印

到高雄市政府勞工局  
博愛職業技能訓練中心網站  
(<https://poai.kcg.gov.tw/>)  
下載招生簡章電子檔後列印



## 2. 現場索取

於報名期間到高雄市各就業服務站現場索取招生簡章



## 3. 電話索取

打電話到高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心  
索取招生簡章  
電話：(07) 321-4033#9

# 甄試時間及地點

## 115年06月

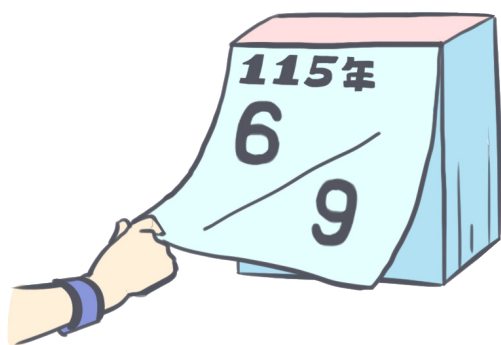
日	一	二	三	四	五	六
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

甄試日期預定在

115年06月15日至115年06月22日，其中的1天舉行。

06月09日可至中心網站查詢甄試時間並依照時間到

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心參加甄試。



如果到了115年06月09日還沒收到「簡訊」或不知道考試時間，請打電話給

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心查詢

(07-3214033#326、329)



甄試地點：

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心

地址：

高雄市三民區十全三路101號

# 甄試內容及方式

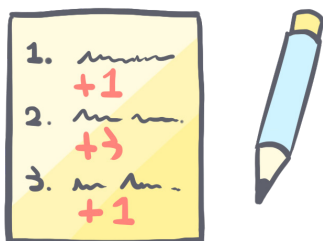
成績總分：100 分



職能測驗：45 分

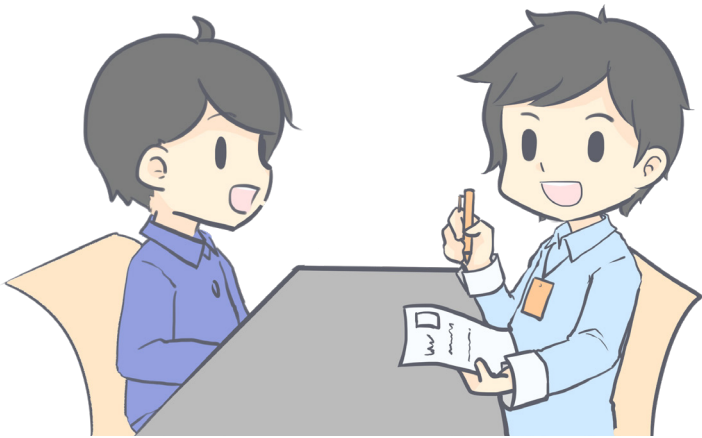


晤談評估：55 分  
(老師會與你面談，  
了解你的狀況)



加權分數：  
設籍本市、未曾參加職業訓練、  
經職業重建個案管理員評估有  
加權分數。

# 甄試內容及方式



甄試時間：  
約 2 小時

如果你覺得需要：  
經過甄試老師同意後，  
你的家長、監護人、  
社工師或服務員  
可以陪同面試。



一定要上呀 ~

甄試結果：



115 年 07 月 01 日會公告在  
高雄市政府勞工局  
博愛職業技能訓練中心  
網站上並郵寄甄試結果通知單

# 甄試地點交通資訊

## 可搭乘到博訓中心附近的大眾運輸



搭乘至 **中華二路口** 下車 ▶ 下車後 **步行** 十分鐘



可搭乘捷運至  
**R12** 後驛站

▶ 出口**1**

▶ 步行**35**分鐘

▶ 腳踏車  **20**分鐘

▶ 出口**2** 

搭乘**紅28**

(繞中都濕地公園)

到**博愛職訓中心站**



可搭乘火車至  
**三塊厝車站**

▶ 出口**1**

▶ 步行**20**分鐘

▶ 腳踏車  **10**分鐘

# 甄試報到位置圖



高雄市三民區十全三路 101 號  
(由德利街大門進入)



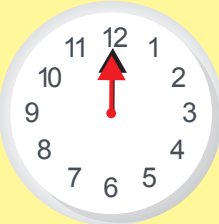
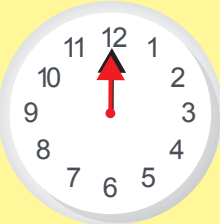


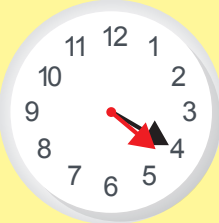
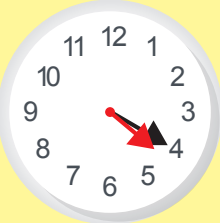
# 清潔職類上課期間及時間

上課期間 ▶ **115年7月8日** 至 **10月30日**

上課時數 ▶ 共 **531** 小時

· 本梯次環境清潔人員培訓班上課地點於高雄市立楠梓特殊學校  
(高雄市楠梓區德民路211號)



日期 / 時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
<b>7月8日</b> 至 <b>10月30日</b>	上午時間 08:00 				上午時間 08:00 
	12:00 				12:00 
	下午時間 01:30 				下午時間 01:30 
	04:20 				04:20 

(實際上課時間以課表為主)





高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心  
115 年度第 39 期第二梯次身心障礙者職業訓練班報名表  
(※填寫報名表前，請詳閱招生簡章，以免影響職訓生活津貼請領權益)

姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男( <input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 未役 <input type="checkbox"/> 免役) <input type="checkbox"/> 女	原住民身分 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	請貼 最近三個月 半身 <b>彩色</b> 一寸照片	
出 生 日 期	年 月 日	身分證字號				
最 高 學 歷	學校	科 ( 系 )	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 夜間在學			
e - m a i l					<input type="checkbox"/> 願意收到職訓、就業相關訊息	
戶 籍 地 址					電話: 手機:	
通 住 訊 地	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址					<b>甄試通知簡訊號碼:</b> <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他 (請確認此號碼可接收到訊息)
緊 急 聯 絡 人	稱謂	電話	日 ( ) 夜 ( )	手機:		
是否具非自願離職失業者身分(請勾選)		我已詳閱「招生簡章」及「報名參訓資格審查切結書」有關請領職訓生活津貼相關規定，並確認本人身分： <input type="checkbox"/> 一般失業者※不確定是否有非自願離職身分者，請於報名截止日前，至各區就業服務站確認。 <input type="checkbox"/> 就業保險法認定之非自願離職失業者。 (非自願離職失業者，請務必於報名截止日前，至公立就業服務機構開立「職業訓練推介單」及「就業保險職業訓練生活津貼給付申請書及給付收據」報名；錄取與開立推介單須相同職類，方可請領職業訓練生活津貼)。				
<b>【填表前請詳閱簡章規定，僅能勾選 1 班報名】</b>						
報名職類		<input type="checkbox"/> 第二梯次園藝清潔班 <input type="checkbox"/> 第二梯次洗車美容班 <input type="checkbox"/> 第二梯次環境清潔人員培訓班 <input type="checkbox"/> 房務暨居家清潔人員養成班				
報名繳交證件資料自我檢核	必繳資料	<input type="checkbox"/> 報名表正反面 1 份(正本) <input type="checkbox"/> 最近 3 個月彩色半身一寸照片 1 張(黏貼報名表) <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面 1 份(影本)或經精神專科醫師開立之精神疾病診斷證明 <input type="checkbox"/> 勞工保險被保險人投保明細表 <input type="checkbox"/> 報名參訓資格審查切結書 <input type="checkbox"/> 職業訓練基本資料表				
	選繳資料	<input type="checkbox"/> 曾更名者，需檢附有個人記事之戶籍謄本(影本) <input type="checkbox"/> 非自願離職失業者，繳交職業訓練推介單及就業保險職業訓練生活津貼給付申請書及給付收據(具非自願離職身分之失業者必繳) <input type="checkbox"/> 受監護宣告或輔助宣告者，需檢附有記事之戶籍謄本(影本) <input type="checkbox"/> 慢性精神疾病者，建議繳交醫療諮詢單(為協助輔導之需，可至本中心下載醫療諮詢單格式) <input type="checkbox"/> 癲癇者，建議繳交疾病資料表(為協助輔導之需，可至本中心下載疾病資料表格式) <input type="checkbox"/> 視覺障礙者，建議繳交視力證明(為協助輔導之需，可請就診醫療院所開立證明)				
<b>【報名者免填】 審查結果</b>		<input type="checkbox"/> 證件齊全受理報名。日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 親自 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 通信 報名。 <input type="checkbox"/> 證件不齊，不予受理。為維護您的權益，請於報名截止日前補齊。 缺件(填寫不全)： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本或經精神專科醫師開立之精神疾病診斷證明 <input type="checkbox"/> 照片 1 張 <input type="checkbox"/> 參訓資格審查切結書填寫不全 <input type="checkbox"/> 職業訓練基本資料表填寫不全 <input type="checkbox"/> 勞工保險被保險人投保明細表 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本影本(更名/宣告身分) <input type="checkbox"/> 疾病資料表 <input type="checkbox"/> 醫療單位相關證明文件(醫療諮詢單) <input type="checkbox"/> 視力證明 <input type="checkbox"/> 職業訓練推介單及就業保險職業訓練生活津貼給付申請書及給付收據				
職重系統登打情形 <b>【報名者免填】</b>		<input type="checkbox"/> 資料已登 <input type="checkbox"/> 歷史職訓、訓後就業查詢及列印 <input type="checkbox"/> 非自願離職失業者身分查核及列印 <input type="checkbox"/> 負責人身分查核及列印 <input type="checkbox"/> 在職者身分查核及列印		查核人員蓋章 收件人/日期 查核人/日期		
				複查人員蓋章		

## 個資使用說明

依據個資法及 115 年度第 39 期身心障礙者職業訓練班招生訓練計畫，有關您這次參加本中心之甄試，會將您報名時所填之內容及晤談資料，於錄訓後登打於職重系統，供訓練、輔導及就業追蹤之需。

## 報名同意書

- 1、本人已詳閱招生簡章並願遵守相關規定，且已確認所填寫及檢附資料（含報名參訓資格審查切結書）正確無誤，如有偽造應自負法律責任。另同意貴中心基於甄試事務、錄取公布、各項統計、證書與相關訊息之必要（含甄試與訓練照片），本人所提供之個資得為蒐集、處理及利用。
- 2、本人同意貴中心追蹤查詢個人勞工保險相關資料，以確認資料正確性及輔導就業成果所需。
- 3、本人同意將報名時所填之各項資料與晤談內容供貴中心訓練與輔導、職重系統與職重窗口使用，並配合結訓後各項就業推介或至合作廠商就業，絕無異議，若有違誤，願負法律責任。
- 4、本人同意貴中心將不定期以簡訊方式提供參加或宣傳活動等內容。
- 5、**本人了解貴中心利用手機簡訊發送甄試通知(不另行寄發甄試通知單)，並自行上網查詢甄試(報到)時間，若未主動上網查詢或致電貴中心確認考試時間致影響考試權益，將自行負責。**

此致 高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心。

報名人簽章：\_\_\_\_\_（未簽章者視同未完成報名手續）

※無法親自報名者，可委託他人報名，請填委託資料：

受委託人姓名：\_\_\_\_\_身分證統一編號：\_\_\_\_\_與報名者關係：\_\_\_\_\_

※具以下身分者請勾選，監護人或法定代理人需簽章(無以下身分免勾填)：

未滿 18 歲且未婚者 受監護宣告或輔助宣告身分

法定代理人、監護人或輔助人簽章：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

請黏貼身心障礙證明正面影本  
(中心無提供影印服務 請自行事先影印黏貼)

請黏貼身心障礙證明反面影本  
(中心無提供影印服務 請自行事先影印黏貼)

# 115 年度第 39 期第二梯次身心障礙者職業訓練班

## 報名參訓資格審查切結書

本人報名參加 高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心 辦理之身心障礙者職業訓練班(如報名表勾選之職類班確認無誤)，已詳閱並了解招生簡章規定，且確認符合下方報名身分及報名資格，如有不實，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。

### 聲明事項：

本人非日間在學學生身分，並已充分瞭解及符合下列規定(請擇一勾選)：

- 年滿 15 歲以上身心障礙失業者，無勞保、公保或軍保在保中。
- 年滿 15 歲以上身心障礙失業者，目前加保於職業工會、農會、漁會或屬裁減續保、職災續保身分，且確實無工作。

1. 報名學員如有下列情事之一者，不得報名。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) 結訓學員尚處於訓後 3 個月內之就業輔導期間。
- (2) 開訓日前 1 年內曾參加勞動部勞動力發展署及各分署或各職訓中心自辦、委外或補助辦理之職前訓練課程，且因請假、曠課時數或其他可歸責於學員事由而被退訓。
- (3) 開訓日前 2 年內重覆參加相同班名、訓練時數亦相同之訓練課程。
- (4) 開訓日前 2 年內已有 2 次職前訓練參訓紀錄，且其訓後 3 個月內均無就業效果或紀錄。但可提供 2 年內確有受僱事實證明文件者，不在此限。

2. 同時具有「就業保險法」第 11 條第 3 項所列之就業保險被保險人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。如未依規定優先請領「就業保險法」職業訓練生活津貼，而以特定對象身分申請「就業促進津貼實施辦法」職業訓練生活津貼者，將依「就業促進津貼實施辦法」規定，不予核發「就業促進津貼實施辦法」所定之職業訓練生活津貼；已核發者，將撤銷並予以追繳。

3. 本人並無受監護宣告或輔助宣告身分；若具上述任一身分，本人需於報名期間內主動檢附證明文件並告知本中心教務課人員，報名資料依規定請受監護宣告或輔助宣告之法定代理人、監護人或輔助人簽章。若有不實，影響相關權益及義務，皆由本人或其監護人、輔助人負責。

4. 本人同意貴中心追蹤查詢個人勞工保險相關資料，以確認就業資料正確性及輔導就業成果所需。

此致 高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心

立切結書人簽章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

※未滿十八歲且未婚者、受監護宣告或輔助宣告身分者，法定代理人、監護人或輔助人於下方簽章(無此身分不需簽章)

法定代理人、監護人或輔助人簽章：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日



# 高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心

## 115 年度第 39 期第二梯次身心障礙者職業訓練班職業訓練基本資料表

- 填寫說明:1. 報名者皆需填本表，若無法填寫時請由家長、監護人或轉介者協助填寫，以做為甄試訪談資料。  
2. 本表若未填寫或未完整者，視同證件不齊全，未完成報名手續。

報名者姓名		身分證字號	
填表者姓名	<input type="checkbox"/> 同報名者	與報名者關係	<input type="checkbox"/> 本人
本次如何得知職業訓練訊息?(可複選) <input type="checkbox"/> 收到簡訊 <input type="checkbox"/> 捷運車箱廣告 <input type="checkbox"/> 捷運燈箱廣告 <input type="checkbox"/> 捷運電視廣告 <input type="checkbox"/> 輕軌彩繪列車 <input type="checkbox"/> 小勞向前行(FB) <input type="checkbox"/> YOUTUBE 廣告 <input type="checkbox"/> 聽廣播 <input type="checkbox"/> 看電視 <input type="checkbox"/> 就服站 <input type="checkbox"/> 學校老師告知 <input type="checkbox"/> 社團 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 社區復健中心 <input type="checkbox"/> 中心網頁 <input type="checkbox"/> 收到中心簡章 <input type="checkbox"/> 成果展/市集活動 <input type="checkbox"/> 家人(請說明: _____) <input type="checkbox"/> 朋友(請說明: _____) <input type="checkbox"/> 其他(請說明: ( _____ ))			
<b>基 本 資 料</b>			
<b>障 礙 情 形 資 料</b>	1. 報名者身心障礙原因 (請說明致殘時間與原因，例如出生時發燒、黃疸...): (1)發生時間: <input type="checkbox"/> 出生時 <input type="checkbox"/> ____歲 <input type="checkbox"/> 不清楚 (2)原 因: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 工作中因意外受傷 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
<b>障 礙 情 形 資 料</b>	2. 是否伴隨其他生理障礙? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(勾選此項可複選，請續答以下問題) : <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 有癲癇 <input type="checkbox"/> 有精神疾病 <input type="checkbox"/> 有視力不佳 <input type="checkbox"/> 有聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
<b>障 礙 情 形 資 料</b>	3. 甄試時是否需要輔具協助? <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要(請續填以下輔助工具) <input type="checkbox"/> 請中心提供輔具 _____ 或協助服務 _____ <input type="checkbox"/> 自備輔助工具 _____ 即可		
<b>證 照 及 資 料</b>	1. 是否具備報名班別相關技術士證照: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請填寫下列項目) 級別 <input type="checkbox"/> 甲級 <input type="checkbox"/> 乙級 <input type="checkbox"/> 丙級 _____		
<b>證 照 及 資 料</b>	2. 是否具電腦基礎操作能力: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<b>生 活 自 理 能 力</b>	1. 家庭中是否有其他人也是身心障礙者? <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，____人，與報名者之關係 _____，其致障原因 (請說明) _____		
<b>生 活 自 理 能 力</b>	2. 生活自理能力:(如廁、刷牙、洗澡、儀容整理、穿衣...) <input type="checkbox"/> 大多需要別人協助 <input type="checkbox"/> 偶而需要別人協助 <input type="checkbox"/> 不需要別人協助		
<b>生 活 自 理 能 力</b>	3. 獨立行動能力(可複選): <input type="checkbox"/> 搭客運 <input type="checkbox"/> 搭捷運/輕軌 <input type="checkbox"/> 搭火車 <input type="checkbox"/> 乘坐復康巴士 <input type="checkbox"/> 家人接送 <input type="checkbox"/> 自己騎機車 <input type="checkbox"/> 騎腳踏車 <input type="checkbox"/> 開車 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
<b>生 活 自 理 能 力</b>	4. 特殊行為: <input type="checkbox"/> 有自傷行為 <input type="checkbox"/> 有過動傾向 <input type="checkbox"/> 曾交法院保護管束 <input type="checkbox"/> 有攻擊他人紀錄 <input type="checkbox"/> 對異性特別有興趣 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 無特殊行為		

<b>職業訓練情形</b>	<input type="checkbox"/> 未曾參訓(勾選本項，以下免填) <input type="checkbox"/> 曾參訓： ____年在____參加____訓練 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無領職訓生活津貼 ____年在____參加____訓練 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無領職訓生活津貼 <input type="checkbox"/> 結訓後曾工作____年____個月； <input type="checkbox"/> 結訓後自行創業 <input type="checkbox"/> 結訓後未曾工作，原因： <input type="checkbox"/> 未媒合成功 <input type="checkbox"/> 交通問題 <input type="checkbox"/> 工作時間無法配合 <input type="checkbox"/> 技能未符職場需求 <input type="checkbox"/> 照顧家人 <input type="checkbox"/> 健康問題 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 其他 _____
<b>健康狀況</b>	1. 身高____公分、體重____公斤、血型____ 聽力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 聽力受損 視力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 遠視 度數____ <input type="checkbox"/> 近視 度數____ 有無配戴眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 目前患有疾病或身體狀況： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 洗腎 <input type="checkbox"/> 精神相關疾病 <input type="checkbox"/> 其他____ <input type="checkbox"/> 無 3. 報名者服藥及就醫狀況： 目前或曾長期服藥/病名：_____ 發作頻率：_____ 就醫處：_____ <input type="checkbox"/> 其他請說明_____ <input type="checkbox"/> 目前無服藥及就醫 4. 是否有抽菸喝酒吃檳榔等習慣： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 飲酒習慣 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 藥物濫用
<b>家庭狀況</b>	1. 報名者家中排行第____，住在一起的家人有_____ 2. 家庭經濟主要來源： <input type="checkbox"/> 家人工作薪資 <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 二者皆有 <input type="checkbox"/> 其他 3. 家人對參訓之看法 <input type="checkbox"/> 支持 <input type="checkbox"/> 沒意見 <input type="checkbox"/> 反對，原因_____ 4. 家中是否有年長親屬或年幼子女需照料： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。 若回答“是”，請問有無接替人選： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5. 參訓期間支出是否足夠： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6. 參訓期間家中是否需要仰賴你的收入： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 7. 住家距受訓地點是否有交通問題： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 其他：_____
<b>身分(可複選)</b>	1. 已領取公教人員保險養老給付、勞工保險老年給付、軍人退休俸、公營事業退休金： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 符合社會救助法低收入戶或中低收入戶資格、領取中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助費者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 是否符合領取老年給付資格： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

報名者簽章：\_\_\_\_\_ 委託(填表)者簽章：\_\_\_\_\_

※未滿十八歲且未婚者、受監護宣告或輔助宣告身分，請法定代理人、監護人或輔助人於下方簽章

(無此身分不需簽章)

法定代理人、監護人或輔助人簽章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

以上填寫內容經報名人確認無誤。 填表日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日