

# 高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心職業訓練諮詢紀錄表

- 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。

報名人名		身分證字號	
填表人名	<input type="checkbox"/> 同報名人	與報名人關係	

如何得知職業訓練訊息?(可複選)

- 收到簡訊 捷運車箱廣告 捷運燈箱廣告 計程車 小勞男孩(FB) YOUTUBE廣告 聽廣播  
看電視 就服站 學校老師告知 社團 醫院 社區復健中心 公車廣告  
看報紙 垃圾車紅布條 垃圾車廣播 中心網頁 家人(請說明: \_\_\_\_\_)  
朋友(請說明: \_\_\_\_\_) 其他(請說明: (\_\_\_\_\_) )

## 基 本 資 料

障礙情形資料

- 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: 出生時 \_\_\_\_歲 不清楚  
 (2) 原因: 發燒 黃疸 車禍 工作中因意外受傷 其他: \_\_\_\_\_
- 是否伴隨其他生理障礙? 無 有(勾選此項可複選, 請續答以下問題):  
腦性麻痺 有癲癇 有精神疾病 有視力不佳 有聽覺障礙 肢體障礙  
其他 \_\_\_\_\_
- 甄試時是否需要輔具協助?  
不需要  
需要輔具或協助服務, 輔具或協助服務為: \_\_\_\_\_

證照及資料

- 是否具備報名班別相關技術士證照: 否 是(請填寫下列項目)  
 級別 甲級 乙級 丙級 \_\_\_\_\_
- 是否具備報名班別所規定之工作證明文件: 是 否
- 是否具電腦基礎操作能力: 是 否

生活自理能力

- 家庭中是否有其他人也是身心障礙者?  
沒有 有, \_\_\_\_\_人, 與報名者之關係 \_\_\_\_\_, 其致障原因(請說明) \_\_\_\_\_
- 生活自理能力:(如廁、刷牙、洗澡、儀容整理、穿衣...)  
大多需要別人協助 偶而需要別人協助 不需要別人協助
- 獨立行動能力(可複選):  
搭客運 搭捷運 搭火車 乘坐復康巴士 家人接送 自己騎機車  
騎腳踏車 開車 其他 \_\_\_\_\_
- 特殊行為:  
有自傷行為 有過動傾向 曾交法院保護管束 有攻擊他人紀錄  
對異性特別有興趣 無特殊行為

職業訓練情形	<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 _____
健康狀況	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 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____ 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_____ 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
家庭狀況	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：_____
身分(可複選)	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

以上填寫內容經報名人確認無誤。

報名人簽章：\_\_\_\_\_ 填表人簽章：\_\_\_\_\_

※受監護宣告或輔助宣告或法定代理人請於下方簽章(無此身份不需簽章)：

受監護或輔助宣告或法定代理人簽章：\_\_\_\_\_ 身分證統一編號：\_\_\_\_\_