



職能治療學系____學年度第__學期工讀生申請表

申請日期： 年 月 日

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------|---------|-------|---|---------|-------|-------|
| 基本資料 | 年 級 | 學 號 | 姓 名 | 手 機 | | | | |
| | E-mail | | | | | | | |
| | Facebook | | | 姓 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | |
| | 學 歷 | | | | | | | |
| 學 經 歷 及 專 長 | 經 歷 (校內外均可 填寫) | 單 位 | 職 務 內 容 | | | 任 職 時 間 | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | 專 長 | | | | | | | |
| 必要條件 | <p>Q：是否已通過精英工讀認證？（必填）*</p> <p><input type="checkbox"/> 是（符合擔任校內工讀資格）</p> <p><input type="checkbox"/> 否（選擇此選項者請儘速完成認證，否則屆時將無法核報工讀時數）</p> <p>※ 若有疑問請連絡學務處賴小姐(07)312-1101 轉 2117</p> <p>E-mail: m765005@kmu.edu.tw</p> | | | | | | | |
| 工 讀 時 間 | 星期 \ 時 | 9-10 | 10-11 | 11-12 | 14-15 | 15-16 | 16-17 | 18-20 |
| | Monday | | | | | | | |
| | Tuesday | | | | | | | |
| | Wednesday | | | | | | | |
| | Thursday | | | | | | | |
| | Friday | | | | | | | |

審核結果 [本欄由錄用工讀單位填寫]

註：本表請於每學期開學第一週繳交系秘書（CS502 聯合辦公室）。