

~報名表~

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		生 日	
聯絡地址			
聯絡電話			
緊急連絡人		電 話	
飲 食	<input type="checkbox"/> 葷 食	<input type="checkbox"/> 素 食	
障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕 度 <input type="checkbox"/> 中 度 <input type="checkbox"/> 重 度 <input type="checkbox"/> 極 重 度		
視力狀況	左眼 _ _ _ _ _ 右眼 _ _ _ _ _		
其它疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____		
服用藥物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____		
其它備註			

