

推薦委員表單

被推薦人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	年 月 日		
電話/手機			
E-Mail			
服務單位／ 職稱	<input type="checkbox"/> 在職，服務單位：_____，職稱：_____ <input type="checkbox"/> 退休，曾經服務單位：_____		
戶籍地址			
通訊住址			
學歷/系所 (檢附相關證書影本)			
專業證書 (檢附相關證書影本)			
專長領域			
服務經歷			
推薦機關			
推薦機關 聯絡方式			

備註：

1. 推薦對象：從事身心障礙相關領域之醫事人員、社會工作人員、特殊教育人員、職業輔導評量人員或其他必要之專業人員，且經確認符合法定相關專業者（如附件 1）。
2. 收件時間：自核定日起至 115 年 1 月 16 日(星期五)下午 5 點止。
3. 填寫「推薦委員表單」檢附相關證書，亦可至長照所網頁下載填寫，請於 115 年 1 月 16 日前郵寄或親自送至宜蘭縣長期照護服務管理所(宜蘭縣宜蘭市聖後街 141 號)。聯絡電話：03-9359990 分機 3116 張社工。