

澎湖縣遴選 115 年行政院及衛生福利部兒少代表候選人報名資料表

序號	※由主辦單位填寫		
類別	☐ 不分處境兒少 ☐ 國中(含)以下兒少[114 學年] ☐ 身心障礙兒少 ● 障礙類別：_____ ● 障礙等級：_____ ☐ 原住民族兒少 ● 民族別：_____		
	[說明]需後附相關證明，始予勾選。 ※相關證明例如：身分證、戶籍謄本、學生證等。		
姓名			
性別	☐ 生理男 ☐ 生理女 ☐ 其他：_____		
出生年月日	民國_____年_____月_____日		
	[說明]115 年度可推選(薦)98 年 1 月 1 日以後出生者。		
身分證字號			
電子信箱	[說明]請填一個平常有在使用的信箱。		
聯絡電話	[說明]市話或手機均可。		
戶籍地			
居住縣市			
就學縣市	☐ 同上；其他：_____		
就學/就業	☐ 就讀學校：_____ ☐ 系所/年級：_____ ☐ 現職單位：_____ ☐ 職稱：_____ ☐ 未就學未就業		
法定代理人	姓名	與報名兒少之關係	聯絡電話
緊急連絡人	姓名	與報名兒少之關係	聯絡電話

附件 1

自我介紹	(200 字以內)
參選動機與 獲選期許	(200 字以內)
經歷概述	請簡述近 3 年參與公共事務、參與志願服務、參與社會公益團體活動之經驗，若有請檢附相關證明文件過去《請條列至多填寫 5 項，由最近 1 筆資料開始填寫》 如：1、113.1-迄今：○○縣兒童及少年福利與權利促進會/兒少代表
關注議題	內容可以說明在生活中感到幸福與不幸福的事情、想改變的事情。字數不限，但請勿超過 1 頁(A4)。

附件 1

身分證影本正面黏貼處	身分證影本背面黏貼處
學生證影本正面黏貼處	學生證影本背面黏貼處

備註：1. 候選人若為在學學生，請增加黏貼學生證影本正、反面。

2. 候選人若尚未辦理身分證者，請檢附戶口名簿佐證設籍地。