

# 行政院客家委員會、僑務委員會

**Council for Hakka Affairs Executive Yuan & Overseas Compatriot Affairs Commission**

## 「2007 年世界青年客家文化研習營」報名表

### Application Form for 2007 World Youth HAKKA Culture Camp

✎ 填寫報名表前，務請先詳閱活動簡章各項說明與規定。  
(Please read admission guidelines carefully before filling out the application form.)

姓  名	中 文 NAME IN CHINESE						相 片  ( 3 張 ) Attach 3 Recent 2-inch Photos Here
	英 文 NAME IN ENGLISH (Capital Letters)	_____	_____	_____	_____	_____	
First	Middle	Last					
出 生 地 BIRTH PLACE	出 生 日 期 DATE OF BIRTH	Year    Month    Day	性 別 SEX	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female		
國 籍 NATIONALITY	住 址 HOME ADDRESS	( Capital Letters )					
電 話 TEL	(        )	E-mail :					
傳 真 FAX	(        )						
護 照 PASSPORT	發照地點 ISSUE PLACE	號 碼 NUMBER	失 效 日 期 EXPIRATION DATE				
是否為客家子弟？		<input type="checkbox"/> 是(YES)			<input type="checkbox"/> 否(NO)		

父母資料 PARENTS ( Give complete addresses only if different from home address above )					
父 親 FATHER ( In Chinese )		母 親 MOTHER ( In Chinese )			
姓 名 NAME					
服務機構 OFFICE OR COMPANY					
參加僑團或僑社 O.C. SOCIETY	電 話 TEL	傳 真 FAX			

在台親友緊急聯絡人 ( 20 歲以上 ) RELATIVE OR FRIEND FOR EMERGENCY CONTACT IN TAIWAN(Above age 20 )					
姓 名 NAME IN CHINESE	電 話 TEL (    )	與本人關係 RELATION			
	傳 真 FAX (    )				
服務機構 OFFICE OR COMPANY	職 稱 POSITION				

是否患有下列疾病？ Do you have any of these diseases ?  否 NO

痼疾 CHRONIC DISEASE, ex: \_\_\_\_\_  精神心理疾病 PSYCHOGENIC ILLNESS

癲癇 EPILEPSY  心臟腦血管病變 CARDIO-VASCULAR DISEASE

如患有上列疾病或其他疾病足以影響活動之進行，請勿報名參加，抵台後如經發現患有以上疾病，即須退學並自行負擔醫療及返居留地費用。

Please do not apply for admission, if you have any one of the above-mentioned diseases or any diseases which may affect the activity. If any of the above mentioned are discovered after arriving in Taiwan, the student must leave immediately and pay his/her own medical and return expenses.

請注意本頁每欄務必須填寫，否則申請表件不予受理。Please note, all information must be completed; otherwise your application won't be accepted.

在家使用語言 Language Spoken at Home	證件 Documents
<input type="checkbox"/> 國語 Mandarin and/or  <input type="checkbox"/> 其他 other : _____	Place enclose copies of :  <input type="checkbox"/> 健康證明 Health Certificate  <input type="checkbox"/> 出生證明 Birth Certificate Or Passport  <input type="checkbox"/> 保險證明 Health Insurance Certificate

中文程度 Proficiency in Mandarin <span style="float: right;">(Please Mark with ×)</span>				
Self-Grading Index	精通 Excellent	好 Good	可 Fair	不好 Poor
聽 LISTENING				
說 SPEAKING				
讀 READING				
寫 WRITING				

① 申請人簽名 Applicant Signature

② 家長簽名 Parent's Signature

以下請勿填寫 ( 審核用 ) Please do not write below this line  ( FOR OFFICIAL USE ONLY )	
審 查 單 位	初 審  ( 政府駐外代表單位或華僑文教服務中心 )
審 查 意 見	1. 申請人確實具備華裔身分? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  2. 送審證件及所填資料是否齊全、屬實? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

申請日期 Date of application :

( D ) \_\_\_\_ / ( M ) \_\_\_\_ / ( Y ) 2007

※ 務請加蓋  
受理單位章戳  
或  
審查人印章

印 鑑

審 查 日 期

2007 年

月

日

### 行政院客家委員會、僑務委員會

Council for Hakka Affairs Executive Yuan & Overseas Compatriot Affairs Commission

「2007 年世界青年客家文化研習營」健康檢查項目表

Items Required For Health Certificate Of 2007 World Youth HAKKA Culture Camp

【本證明 3 個月內有效 Valid for Three Months】

中文姓名 · \_\_\_\_\_ ( Name in Chinese )

Name in English: \_\_\_\_\_

檢 查 日 期 Date of Examination

日(D)\_\_\_\_月(M)\_\_\_\_年(Y) 2007

性別 Sex : 男 Male 女 Female

護照號碼 Passport No :

出生年月日 Date of Birth : 19 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 國籍 Nationality :

相 片

Recent 2-inch  
Photo Here

#### 身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

A. 身高 Height : \_\_\_\_\_ 公分 cm

F. 體重 Weight : \_\_\_\_\_ 公斤 kg / 磅 lb

B. 脈搏 Pulse : \_\_\_\_\_ 次 / 分 time / min

G. 視力 Vision : 右 Right \_\_\_\_\_ 左 Left \_\_\_\_\_

C. 血壓 Blood pressure : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 毫米汞柱 mm Hg

H. 疝氣 Hernia 正常 Normal 異常 Abnormal

D. 心臟 Heart : 正常 Normal 異常 Abnormal

E. 體時運動 Locomotors : 正常 Normal 異常 Abnormal

#### 檢驗室檢查 LABORATORY EXAMINATIONS

Ⓡ未作本項目檢查者，將不予受理。【Applications missing this information will not accepted.】

Δ 胸部 X 光檢查肺結核 Chest X-Ray for Tuberculosis :  正常 Normal  異常 Abnormal

R R 型肝炎表面抗原檢查 Hepatitis B Surface Antigen :  陽性 Positive  陰性 Negative

**疾病史 MEDICAL HISTORY**

●● 你且不曾經感過下列病症 Have you ever had the following diseases ?

- |                       |  |                        |  |
|-----------------------|--|------------------------|--|
| A 心臟病 Heart disease : | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | F 癲癇 Epilepsy :        | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| B 氣喘病 Asthma :        | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | F 腎臟病 Kidney disease : | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| C 高血壓 Hypertension :  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | G 瘧疾 Malaria :         | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| D 糖尿病 Diabetes :      | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | H 肝病 Liver Disease :   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

結論 · 根據以上對 \_\_\_\_\_ 先生 / 小姐之檢查結果 他 / 她  是  不是 合格的

CONCLUSION : Above is the medical report of Mr / Ms \_\_\_\_\_ He / She  Is  Is not fit

醫院 / 診所、名稱 地址 電話

負責醫師簽名

Hospital's or Clinic Name Address Tel

Chief Physician :

( Name & Signature )

醫院負責 人 簽名

日期 Date :  (D)  (M)  (Y) 2007

Superintendent :

( Name & Signature )