

附表1

申請日期：000 00.00 (填寫日期)			
<b>衛生福利志願服務申請獎勵事蹟表</b>			
申請人 (簽名或蓋章) (務必簽名或蓋章)	中文姓名： 王小明 英文姓名： WANG, SIAO MING	基本資料	性別：男/女 出生年月日：000.00.00(填寫日期) 國民身分證統一編號 (或護照號碼)：C000000000 (英文字為大寫) 住(居)所地址：基隆市○○區○○路○○號○樓 聯絡電話：09XX-XXXXXX (02)XXXX-XXXX
重要事蹟	1 服務時數(例→5,000)時(服務績效證明書時數的總和) 2 主要績效(詳附服務績效證明書)		
志願服務運用單位意見	(各單位自行填寫，例→服務大眾，親切待人)		負責人核章 (務必核章)
審查機關意見			首長核章