|  |
| --- |
| 附件1**衛生福利部第一屆社區金像獎徵件活動****參賽者基本資料**(若為個人組，參賽報名者本人即為獎金之受領人及納稅義務人，亦為與本部就本競賽相關權利義務關係之相對人；若為社區組，成員1為代表人，為獎金之代領人，應附參賽單位所屬之領據。)**薦送單位:­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (由直轄市、縣(市)政府薦送參賽者始需填寫)** |
|  | (社區組)參賽單位名稱/(個人組)參賽者姓名 |  | (社區組)單位成立日期/(個人組) 參賽者出生年月日 |  |  |
| 聯絡電話 | 市話： | 聯絡人及稱謂 |  |
| 手機： |
| 統一編號/身分證字號/居留證號 |  | 電子郵件 |  |
| 通訊地址 |  |
| (個人組報名以下免填) |
| 成員1(代表人) |  | 出生年月日 |  |
| 聯絡電話 |  | 服務單位及職稱 |  |
| 身分證字號/居留證號 |  | 電子郵件 |  |
| 成員2 | 無則免填 | 出生年月日 |  |
| 聯絡電話 |  | 服務單位及職稱 |  |
| 身分證字號/居留證號 |  | 電子郵件 |  |
| 1. 如成員欄位或本表不敷使用，請自行複製增加。
2. 本表所列人員若有冒名頂替之情形，主辦單位將取消本作品之參賽資格，若作品已得獎，則撤銷其獎狀、獎座並追回獎金。
3. 本表所列製作單位或個人，為參賽作品得獎時獎座及獎狀將登載之名稱，請注意正確詳實填列，避免遺漏訛誤，一經完成報名不予修正。
 |