

「僑務委員會114年馬來西亞華文獨中商科教師研習班」
學員遴薦表

姓名	中文		性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他		(相 片)
	英文	(First Name)				
		(Middle Name)				
		(Last Name)				
出生日期		西元 年 月 日	年齡	歲		飲食 ☐ 一般 ☐ 素食 ☐ 清真 其他需求 (請詳細填寫):
連絡電話			出生地			
護照號碼			國籍	※請附護照影本		
目前任教學校			職稱			
E-mail (務必清晰填寫正確電子郵件地址)						
在臺聯絡人 (如無, 免填)		姓名: _____ 電話: _____ 與學員之關係: _____ 地址: _____				
經歷		任教學校: _____年資: _____年 任教學校: _____年資: _____年 任教學校: _____年資: _____年 合計教學年資: _____年			最高學歷 ☐ 小學 ☐ 國中 ☐ 高中 ☐ 大學/大專 ☐ 碩士 ☐ 博士	

教學現況	目前教學對象（可複選）：☐幼稚園生 ☐小學生 ☐國中生 ☐高中生 ☐大學生 ☐成人 目前學生背景：☐全華裔 ☐以華裔為主 ☐以非華裔為主 ☐全非華裔 目前教授科目：_____		
是否曾參加 本會活動 或來臺研習 （可複選）	☐否 ☐曾參加研習會：參加_____年華文教師研習會 ☐曾來臺參加研習班：參加_____年華文教師研習班 ☐曾來臺參加同類型研習活動：參加_____年_____研習活動 ☐其他(如線上遠距研習班)：		
駐外單位 審核意見	1.是否檢附有效期限內之護照影本 ☐是 ☐否 ※備註:以上所繳交證件、資料概不退還。如有偽造、變造情事者，取消報名資格。 2.其他意見：		
推薦學校 校長簽章		駐外單位 簽章	
備註	1. 中英文姓名請以正楷填寫，字跡請勿潦草，以供繕印研習證書之用。 2. 如罹患特殊疾病（包括心臟病、腦血管疾病、糖尿病、精神病、癲癇症、傳染疾病及其他可能發生身體重大不適症狀疾病者）可能影響研習者，請勿遞薦，以免影響其他學員之研習及造成主、承辦單位之困擾。 3. 本遞薦表須經推薦學校校長及駐外單位簽章，再送本會核辦。 4. 本人已詳閱次頁之「僑務委員會個人資料蒐集、處理及利用告知書」，瞭解並同意相關內容。 本人親筆簽名：		

僑務委員會個人資料蒐集、處理及利用告知書

- 一、依據：個人資料保護法第八條規定。
- 二、機關名稱：僑務委員會（以下簡稱本會），並委託本會駐外僑務秘書或駐外館處以及業務委外之委辦廠商辦理。
- 三、蒐集之目的：本會為辦理海外華文教師培訓業務之學員遴薦、班務行政及後續聯繫工作，蒐集、處理及使用臺端個人資料，並受個人資料保護法及相關法令之規範。
- 四、個人資料之類別：本次蒐集與使用之臺端個人資料如遴薦表內文所列，包含姓名、性別、出生年月日、護照號碼、任教學校、職稱、學校網址、聯絡地址、電話、傳真、E-mail、在臺聯絡人、學歷、經歷、教學現況及來臺研習情形等。
- 五、個人資料處理及利用：
 1. 個人資料利用之期間：自報名本研習班起至上開蒐集目的完成所需之期間。
 2. 個人資料利用之地區：臺灣地區(中華民國境內)、當事人居住地或經當事人授權處理、利用之地區。
 3. 個人資料利用之對象：本會、本會駐外僑務秘書或駐外館處以及本會業務委外之委辦廠商。
 4. 個人資料利用之方式：前揭蒐集資料用於執行本研習班之招生、錄取、保險、訂房、參訪、拜會機關、當事人學習歷程紀錄、製發結業證書、相關訊息發(寄)送、當事人之聯絡及資料統計分析等作業以及後續聯繫工作。
- 六、臺端得依個人資料保護法規定，就您的個人資料向本會：(1)請求查詢或閱覽；(2)請求製給複製本；(3)請求補充或更正；(4)請求停止蒐集、處理或利用；(5)請求刪除。臺端得以書面與本會聯繫，行使上述之權利。
- 七、臺端如未提供本會辦理活動所需之正確完整個人資料，應註明正當充分之理由，否則將無法進行報名手續並喪失享有活動後續服務之權益。