 **社團法人台北市視障者家長協會參訪申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **單位名稱** |  | | | **申請日期** | 年 月 日 | |
| **參訪時間** | 請選填平日上午9點-下午4點間，並依優先次序列出您希望的時段，我們將再與您確認。  日期一：　　月　　日　　時　　分  日期二：　　月　　日　　時　　分  日期三：　　月　　日　　時　　分 | | | **參訪主題** | * 認識機構與服務介紹 * 主題訪問 * 視障體驗活動 * 其他特殊需求 | |
| **參訪目的** | （請簡述參訪目的與重點） | | | | | |
| **參訪人員** | □大學生：\_\_\_\_\_\_位；姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □研究生：\_\_\_\_\_\_位；姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □其它：\_\_\_\_\_\_位，姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **參訪回饋** | 請勾選至少一個選項，做為參訪之回饋。   * 擔任志工至少3-6小時。 * 捐贈發票至少30張以上。 * 轉發本會臉書粉絲團訊息至少10篇以上。 | | | | | |
| **聯絡資訊** | | | | | | |
| 聯絡人代表 | |  | 連絡電話 | | |  |
| 電子郵件 | |  | | | | |
| 指導教授 | |  | 連絡電話 | | |  |
| 社團法人台北市視障者家長協會 聯絡電話：02-27177722 傳真：02-27173112  地址：10549台北市松山區敦化北路155巷76號1樓  e-mail：forblind@forblind.org.tw | | | | | | |
| **注意事項：**  學生團體若臨時不克前來，請事先來電告知；若需更改參觀時間，請於預約時間一週前來電告知。若因不可抗力因素無法如期配合參訪活動，本會將有權利取消參訪，並將通知申請單位。 | | | | | | |

接洽部門：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（本會填寫）