 **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）