

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心
107 年度委託辦理身心障礙者職業訓練計畫「行政事務班」招生簡章

主辦機關	高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心		
承辦單位	高雄市立凱旋醫院		
訓練職類名稱	電腦應用職類-行政事務班		
核准日期與文號	中華民國 107 年 3 月 16 日 高市博訓行字第 10770096900 號		
保險證號	09002929K		
核定人數	15 人	核定訓練期程 /時數	5 月/600 小時
訓練時段	上午 9：10 至下午 4：20（6 小時/天）		
報名開始日期	民國 107 年 3 月 14 日	報名結束 日期	民國 107 年 4 月 20 日
訓練性質	<input checked="" type="checkbox"/> 日間養成 <input type="checkbox"/> 在職進修		
課程內容	<p>學科： 鍵盤與中英打介紹、Windows 作業系統介紹、Word2010 文書處理、Word2010-TQC 檢定題庫、PowerPoint2010 簡報設計等。</p> <p>術科： 辦公室清潔、辦公事務機器操作(影印機、傳真機)、簡易會計帳務管理、其他辦公室庶務(電話禮儀、文件收發、文具、寄信、名片)、職場實習。</p> <p>就業輔導課程： 工作態度認知、職涯規劃、就業環境分析、求職技巧、職場人際與溝通訓練、自我能力盤點、自我人格特質認識、生活角色與發展任務、時間管理等。</p>		
課程目標	本計畫培訓具有就業意願及工作潛能之身心障礙者，學習行政事務相關工作技能，如電腦、行政文書、簡易會計、辦公室清潔等就業技巧。結訓後輔導學員進入相關就業職場。相關就業職類為公立或私人機關從事行政相關業務，擔任行政助理員或辦公室清潔人員等。並由本計畫工作人員提供持續性追蹤輔導，同時針對學員實際就業需求，安排職務再設計之服務。		
訓練地點	市立凱旋醫院-職訓班教室(地址：高雄市苓雅區凱旋二路 130 號 4 樓)		
聯絡人	米金宥 小姐	聯絡電話	0961123621
課程開始日期	民國 107 年 5 月 7 日	課程結束 日期	民國 107 年 9 月 25 日
甄試日期	初試 民國 107 年 4 月 26 日 星期四 09：00-14：00 複試	報到日期	民國 107 年 5 月 7 日 星期一 08：50

		民國 107 年 5 月 1 日 星期三 09:00-14:00			
目前課程 揭露管道		自報名日起至 107 年 4 月 20 日止，課程簡章公告於： 1. 高雄市立凱旋醫院首頁-本院公告(http://ksph.kcg.gov.tw/)。可自行下載報名簡章。 2. 報名訊息同時公告在：各區區公所、就業服務站。			
備註		本單位勞工保險證號:09002929K 1. 欲報名者請至高雄市立凱旋醫院首頁-本院公告，下載報名簡章。下載網址：高雄市立凱旋醫院(http://ksph.kcg.gov.tw/)。 2. 報名期間，本中心不提供影印、列印等相關服務，請報名者自行準備所需資料。			
受訓資格	學歷	高中職以上優先錄取	年齡	18 歲~99 歲	
	其他條件	1. 報名者須持有身心障礙手冊(報名後需經職業能力評估，具就業意願及能力者始予錄取)。 2. 考量各職類班職業訓練屬就業導向、公平參訓原則與政府訓練資源有限，曾在各(含本院)職訓機構參加職業訓練者二年內以一次為原則，並且不得選擇曾參訓之職類為志願。 3. 基於職類特性，建議患有隱性疾病及法定傳染病者，慎重考慮參訓職類適宜性，以免影響將來訓練及就業。 4. 以下資料為提供訓練單位輔導使用，報名者能提供為佳，非必要錄取條件： (1) 精障者可由精神醫療機構(係指日間病房)、精神復健機構(含日間型或住宿型)轉介，相關報名注意事項如下： (2) 醫療諮詢單需由原就診之精神醫療機構或精神復健機構填寫，並由相關評估人員蓋章，完成後應密封以確保個資安全。 (3) 醫療諮詢單之有效期限為報名日前 3 個月內。 5. 持癲癇手冊報名者，請由原診療之神經內科醫師填寫疾病資料表，並檢附相關證件報名。			
訓練方式	學科	學科電腦技能：課室教學、電腦單機操作、自行演練等方式，並有助教輔助強化學員之電腦技能。	課程編配	一般學科	66 小時
	術科	課室教學、資料研讀、研習討論、實務操作等。並依據學員的學習能力個別調整課程進度及內容。教師亦透過口語鼓勵、團體激勵等方式引導學員主動學習。		專業學科	126 小時
				術科	378 小時
				其他時數	30 小時
報名者繳交資料欄		報名人員需得出席 107 年 4 月 26 日與 5 月 1 日之甄試(若當天未參加甄試者視為職訓資格) 一、 以正楷詳細填寫報名表一張 二、 身心障礙手冊或證明正、反影印本 1 份，並黏貼於報名表。 三、 國民身分證正、反影印本 1 份，並黏貼於報名表。 四、 最高學歷證件正反面影印本乙份。 五、 填妥姓名、住址之限時掛號回郵信封乙個(請貼 32 元郵票，郵寄甄試通用)。 六、 勞保明細表(列印日期需為報名前 14 日內，若參訓後有重覆加保之情事，			

需重新申請勞保明細表，以利查核)。

- 七、 勞保投保明細表索取方式參考勞保局網站之申請流程。(相關網址：<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=1snxVtMaDfw%3D>)
- 八、 報名參訓資格審查切結書。
- 九、 持視障手冊者請附視力評估表或輔具需求表(為甄試協助之需)。
- 十、 將上述資料**密封**於資料袋，並以**郵寄**方式寄至 高雄市苓雅區凱旋二路130號四樓職訓教室，米金宥小姐收。
- 十一、 報名資料若以**親送**方式，請將上述資料**密封後**，請繳交至 高雄市苓雅區福成街2號 凱旋醫院附設社區復健中心一樓櫃檯即可。(櫃台**不提供諮詢服務**，若有報名相關問題請撥打米小姐公務手機 0961123621，敬請見諒。)

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心
107 年度委託辦理身心障礙者日間養成職業訓練計畫
「行政事務班」報名表

姓名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		請貼	
出生日期	年	月	日	身分證字號				最近三個月
最高學歷	學校			科(系)			半身 <u>彩色</u> 一吋照片	
					<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業			
e-mail					推薦者: (無可免填)			
戶籍地址					電話: 日() 夜()			
通訊地址	(寄發甄試通知單至此地址, 請確實填寫)				手機:			
緊急聯絡人			稱謂	電話	日() 夜()	手機		
障礙類別 (請擇一填寫)	<input type="checkbox"/> 舊制手冊: _____ 障			障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		重新鑑定日期	
	<input type="checkbox"/> 新制證明: 第 _____ 類【 _____ 】			ICD 診斷	_____ . _____ 【 _____ 】			

我已確認本身身分 否 是 **非自願離職失業者** (勾選是者, 請務必於報名截止前, 至公立就業服務機構安排職訓諮詢, 經適訓評估後持該機構開立之「職業訓練推介單」及「就業保險職業訓練生活津貼給付申請書及給付收據」報名, 始完成報名手續; 另錄取與開立推介單須相同職類, 方可請領職業訓練生活津貼)。

【個資使用說明】

依據個資法, 有關您這次參加本職類之甄試, 會將您報名時所填內容及晤談之資料, 在錄訓後登打於職重系統, 供訓練與輔導之使用; 如未獲錄取亦會將上述資料提供職重窗口後續服務(如就業服務...)

【生活津貼說明】

請領職業訓練生活津貼須知:

- 1、如同時具有非自願離職身分之失業者應依就業保險法規, 需於報名截止日前先至公立就業服務機構安排職訓諮詢, 經適訓評估後持該機構開立之「職業訓練推介單」及「就業保險職業訓練生活津貼給付申請書及給付收據」報名參訓, 經甄試錄訓後, 優先以非自願離職身分申請「就業保險法」職業訓練生活津貼(由勞工保險局發放), 否則將依「就業促進津貼實施辦法」規定, 不予核發該辦法之職業訓練生活津貼, 且系統會持續勾稽至結訓後 2 年, 若發現有違反規定之情形, 將撤銷及追繳已領取之津貼; 另錄取與開立之「職業訓練推介單」須相同職類者, 方可請領職業訓練生活津貼。
- 2、身心障礙者二年內依「就業促進津貼實施辦法」、「就業保險法」領取之職業訓練生活津貼及政府機關其他同性質之津貼或補助, 合併領取最長以一年為限; 「就業促進津貼實施辦法」之訓練生活津貼請領金額為現行基本工資 60%。
- 3、依規定已無職業訓練生活津貼與身心障礙生活補助擇一領取之限制, 故領取職業訓練生活津貼不影響原有身心障礙生活補助之請領, 但若有領取中低、低收入戶之補助者, 領取 104 年度職業訓練生活津貼會納入家庭總收入合計, 提醒報名者須注意是否會影響申請 107 年度中低、低收入戶之補助申請。(若有相關疑問者, 可洽各區公所社會課)

4、有下列情形者，受訓期間不得請領職業訓練生活津貼：

- (1)已領取公教人員保險養老給付、勞工保險老年給付、軍人退休俸、公營事業退休金(惟符合社會救助法低收入戶或中低收入戶資格、領取中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助費者除外)。
 - (2)受訓期間另在其他公司行號參加勞保者【含入訓前在公司行號參加勞保(職業工會除外)於入訓日尚未退保者】。
 - (3)當期次訓練如已領有「就業保險法」之失業給付或職訓生活津貼，則不得同時請領「就業促進津貼實施辦法」之職訓生活津貼。
- 5、於領取津貼期間已就業或另於公司行號參加勞保、中途離訓、遭訓練單位退訓者，將不再核發職業訓練生活津貼。

報名同意書

- 一、本人已詳閱上述說明與訓練單位所提供參訓同意書，告知訓練單位服務項目、學員權利保障、學員應配合及其他相關事項，並由學員或其代理人簽章確認，且願遵守相關規定，另已確認所填寫及檢附資料(含報名參訓資格審查切結書)正確無誤，如有偽造應自負法律責任。另同意由訓練單位與博訓中心基於甄試事務、錄取公布、各項統計、證書與相關訊息之必要(含甄試與訓練照片)，本人所提供之個資得為蒐集、處理及利用。
 - 二、本人無條件同意貴單位追蹤查詢個人勞工保險相關資料，以確認資料正確性及輔導就業成果所需。
 - 三、本人同意將報名時所填之各項資料與晤談內容供貴單位訓練與輔導、職重系統與職重窗口使用，並配合結訓後各項就業推介，或至合作廠商就業，絕無異議，若有違誤，願負法律責任。
- 此致

高雄市立凱旋醫院

報名人簽章：_____ (未簽名或蓋章者視同未完成報名手續)

※持心智障礙手冊(證明)及未滿20歲者，法定代理人需一併簽名

法定代理人簽章：_____ 身分證統一編號：_____

請黏貼身心障礙手冊正面影本

請黏貼身心障礙手冊反面影本

請黏貼國民身分證正面影本

請黏貼國民身分證反面影本

醫療情形	<input type="checkbox"/> 我目前有固定吃藥(原因：_____)) <input type="checkbox"/> 我目前有定期門診(頻率：_____；醫院：_____；原因：_____)) <input type="checkbox"/> 我目前有定期復健(頻率：_____；醫院：_____；原因：_____)) <input type="checkbox"/> 我正住院接受治療 <input type="checkbox"/> 目前沒有接受醫療服務					
日常生活情形	<p>1、生活上有沒有他人協助的部分？</p> <input type="checkbox"/> 有他人協助(部分協助或全部協助皆可勾選)： (協助內容： <input type="checkbox"/> 穿著打扮 <input type="checkbox"/> 洗澡 <input type="checkbox"/> 上廁所 <input type="checkbox"/> 用餐 <input type="checkbox"/> 提醒按時吃藥 <input type="checkbox"/> 付錢或找零 <input type="checkbox"/> 其它：_____) <input type="checkbox"/> 完全沒有他人協助					
	<p>2、行動上有沒有他人/工具協助的部分？</p> <input type="checkbox"/> 有他人/工具協助：他人協助：_____ 工具協助： <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 其它：_____ <input type="checkbox"/> 行動雖然緩慢，但沒有他人/工具協助 <input type="checkbox"/> 行動與一般人無異，完全沒有他人/工具協助					
	<p>3、交通上有沒有他人/工具協助的部分？</p> <input type="checkbox"/> 有他人協助：(協助項目： <input type="checkbox"/> 接送 <input type="checkbox"/> 訓練搭大眾交通工具或騎車 <input type="checkbox"/> 其它：_____)) <input type="checkbox"/> 完全沒有協助 (1)駕照種類： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____ (2)可以自行使用的交通工具： <input type="checkbox"/> 大眾交通工具 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 其它：_____					
教育背景	<input type="checkbox"/> 未曾接受教育 <input type="checkbox"/> 曾經接受教育，請列出					
		學校	科系	就學期間	是否接受特殊教育服務	是否畢業
小學		/	/	年 月至 年 月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，說明：	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學
國中				年 月至 年 月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，說明：	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學
高中(職)				年 月至 年 月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，說明：	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學

	大專			年 月至 年 月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，說明：	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學
	研究所			年 月至 年 月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，說明：	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學
其它/備註說明：						
職業訓練/實習經驗	<input type="checkbox"/> 無職業訓練/實習經驗					
	<input type="checkbox"/> 有職業訓練/實習經驗，請列出主辦單位與期間：					
	受訓/實習單位	職種名稱或內容	受訓/實習期間	備註		
			年 月至 年 月			
			年 月至 年 月			
			年 月至 年 月			
其它/備註說明：						

- 無工作經驗
- 有工作經驗(請由最近之工作依序列出)
- 最近一份工作是否為 非自願離職(遭雇主解雇者並簽立非自願離職書)

工作經驗	公司名稱	起迄日期	工作性質	薪資待遇	求職方式	離職原因	備註
		年 月 至 年 月	職稱： 工作內容：	<input type="checkbox"/> 時薪： 元 <input type="checkbox"/> 日薪： 元 <input type="checkbox"/> 月薪： 元	<input type="checkbox"/> 自行求職 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 其他：		
		年 月 至 年 月	職稱： 工作內容：	<input type="checkbox"/> 時薪： 元 <input type="checkbox"/> 日薪： 元 <input type="checkbox"/> 月薪： 元	<input type="checkbox"/> 自行求職 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 其他：		
		年 月 至 年 月	職稱： 工作內容：	<input type="checkbox"/> 時薪： 元 <input type="checkbox"/> 日薪： 元 <input type="checkbox"/> 月薪： 元	<input type="checkbox"/> 自行求職 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 其他：		
		年 月 至 年 月	職稱： 工作內容：	<input type="checkbox"/> 時薪： 元 <input type="checkbox"/> 日薪： 元 <input type="checkbox"/> 月薪： 元	<input type="checkbox"/> 自行求職 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 其他：		
		年 月 至 年 月	職稱： 工作內容：	<input type="checkbox"/> 時薪： 元 <input type="checkbox"/> 日薪： 元 <input type="checkbox"/> 月薪： 元	<input type="checkbox"/> 自行求職 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 其他：		
		年 月 至 年 月	職稱： 工作內容：	<input type="checkbox"/> 時薪： 元 <input type="checkbox"/> 日薪： 元 <input type="checkbox"/> 月薪： 元	<input type="checkbox"/> 自行求職 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 其他：		

就業條件自我評估-請勾選以下符合對您的描述：

1、我想要工作 非常不想 不想 想 非常想

2、我知道自己喜歡什麼工作。 完全不知道 不知道 知道 完全知道

3、我知道自己適合什麼工作。 完全不知道 不知道 知道 完全知道

4、我覺得自己需要加強工作技能。 非常不需要 不需要 需要 非常需要

5、我知道怎麼去找工作。 完全不知道 不知道 知道 完全知道

6、我會擔心要自己去面試。 非常不擔心 不擔心 擔心 非常擔心

7、我覺得找工作的困難度。 非常不困難 不困難 困難 非常困難

8、對於去工作這件事，我覺得自己的優點是：

負責任 配合度高 願意學習 刻苦耐勞

守時 積極樂觀 不怕困難 容易與人相處

其他_____

以下第 9、10 題，無工作經驗者免填

9、我之前的工作有沒有超過三個月：全部沒有超過三個月
少部分有超過三個月
大部分有超過三個月
全部都有超過三個月

10、我之前工作離職的原因可能如下，請勾選以下選項，可複選：

無法遵守上下班時間 無法達到職場要求的工作速度 工作很困難

職場的規定太嚴格 工作時間太長 同事對我都不好

為了配合家人 想要簡單容易的工作內容 想要更好的薪水或升遷

朋友意見的影響 想要有挑戰性的工作內容 希望離家近的工作地點

其他_____

其它申請服務之需求-請說明：

備註：

報名參訓資格審查切結書

本人_____報名參加凱旋醫院辦理行政事務訓練，已詳閱招生簡章規定，並已確認符合下方報名身分及報名資格，且確實勾選無誤，如有不實，本人願意放棄參加筆試、口試、錄訓及申請職業訓練生活津貼資格，並負一切法律責任。

報名身分：

1. 年滿 15 歲以上失業或待業勞工，並符合下列條件之一者：
無勞保加保紀錄。 加保職業工會、農會或漁會，惟確實無工作。
2. 非公司商號負責人(含有限公司及有限股份公司之董事)。
3. 非自營作業者。

報名資格：

- 學歷：具備報名班別所規定需具備學歷之畢業證書、證明文件。
- 工作經驗或證照：具備報名班別所規定之工作證明文件、技術士證照。

聲明事項：

- 本人未具有就業保險被保險人非自願離職者身分。
- 本人已充分瞭解下列規定，不得免責：
- 報名學員如有下列情事之一者，不予錄訓。但訓練班次於甄試錄取名單公布後至開訓日(含)期間訓練崗位尚有缺額可供訓練、亦無備取人員可供遞補，且經公立就業服務機構進行適性、適訓專業評估確有職能落差之參訓需求時，不在此限：
 - 報名班次之報名截止日尚處於前次參訓班次之訓後 90 日就業輔導期間。
 - 開訓日前 1 年內曾參加本署及分署自辦、委外或補助(含補助地方政府辦理之身心障礙者職業訓練專班)辦理之職前訓練課程，且因請假、曠課時數或其他可歸責於學員事由而被退訓。
 - 開訓日前 2 年內重覆參加相同班名、訓練時數亦相同之訓練課程(含中途離、退訓，但不含遞補期限內離訓者)。
 - 開訓日前 2 年內已有 2 次(含)以上職前訓練參訓紀錄(含中途離、退訓，但不含遞補期限內離訓者)，且其訓後 90 日內均無就業效果或紀錄。但可提供開訓日前 2 年內確有受僱事實證明文件者，不在此限。
 - 同時具有符合「就業保險法」第 11 條規定非自願離職者身分及「就業服務法」第 24 條第 1 項各款所列特定對象失業者身分時，應依「就業促進津貼實施辦法」規定，優先以就業保險被保險人非自願離職者身分請領「就業保險法」所定之職業訓練生活津貼，惟未能於報名之班次開訓前確認身分為就業保險被保險人非自願離職者，得依規定請領「就業促進津貼實施辦法」所定之職業訓練生活津貼。但如發現 2 年內曾領取「就業保險法」及「就業促進津貼實施辦法」職業訓練生活津貼合計超過 6 個月者(身心障礙者為 12 個月)，將依規定追繳溢領之「就業促進津貼實施辦法」職業訓練生活津貼。

此致

高雄市立凱旋醫院

立切結書人： (簽章)

身分證統一編號：

法定代理人： (簽章)(未滿二十歲之未成年者須經法定代理人(父母或監護人)同意)

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日