

高中職學校名稱：

高中職科系：

預定參訪日期：

教師校外教學保險名冊

編號	姓名	出生年月日	身分證字號
1			
2			
3			
4			
5			
6			

學生校外教學保險名冊

編號	姓名	出生年月日	身分證字號
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			

注意事項：

- 1.由於學生尚未年滿20歲，請帶隊老師同陪保並提供電子檔，以利進行投保
- 2.若學生為外籍人士，請告知該生國籍繼承人(非本國籍者)之姓名、與被保險係、護照號碼、國籍資訊。

以上事項敬請配合，感謝您的合作

34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

而務必一
!事宜。
善、法定
食人之關
乍。