**中華民國人體彩繪從業人員職業工會全國聯合會**

**從業人員共識夥伴** 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 店名/公司名 |  | 請浮貼2吋半身照片 |
| 姓名 |  | 聯絡電話 |  |
| 身份證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 行動電話 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 傳真電話 |  |
| 性別 |  | 血型 |  | 最高學歷 |  |
| 電子信箱 |  |
| 通訊地址 | 郵遞區號： -  縣 鄉鎮 里 路 巷 號 鄰 段 市 區市 村 街 弄 樓 |
| * 如有變更聯絡方式或通訊地址，請告知本會（電話：04-22292389）於予更正。
 |
| 請提供活動/工作照 | 請提供活動/工作照 |
| 請提供活動/工作照 | 請提供活動/工作照 |