

# 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	行動電話			<input type="text"/>
出生日期	年	月	日	傳真電話			<input type="text"/>
性別	<input type="text"/>	血型	<input type="text"/>	最高學歷			<input type="text"/>
電子信箱	<input type="text"/>						
通訊地址	郵遞區號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 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			