

2025 年 1 月 9 日至 12 日

（本表由推薦人填寫，推薦人必須是公益點負責人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學員姓名 1 |  | 性別 | |  | 年齡 |  | 電話 | |  | | | | 職業 |  | |
| 郵箱 email |  | | | | 何時加入服務 | | |  | | 學員簽名 | |  | | | |
| 請簡述學員經歷 / 服務情況 / 案例操作： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學員姓名 2 |  | 性別 |  | | 年齡 |  | 電話 | |  | | | 職業 | | |  |
| 郵箱 email |  | | | | 何時加入服務 | | |  | | | 學員簽名 |  | | | |  |
| 請簡述學員經歷 / 服務情況 / 案例操作： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學員姓名 3 |  | 性別 | |  | 年齡 |  | 電話 | |  | | | | 職業 |  | |
| 郵箱 email |  | | | | 何時加入服務 | | |  | | 學員簽名 | |  | | | |  |
| 請簡述學員經歷 / 服務情況 / 案例操作： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學員姓名 4 |  | 性別 |  | | 年齡 |  | 電話 | |  | | | 職業 | | |  |
| 郵箱 email |  | | | | 何時加入服務 | | |  | | | 學員簽名 |  | | | |
| 請簡述學員經歷 / 服務情況 / 案例操作： | | | | | | | | | | | | | | | |

違反下列情事者，不得參加手法培訓：\*\*請推薦人慎選一線服務志工.

1. 凡曾作公益，但之後變質牟利、自創理論及開班授課者。

2. 原始點醫學所有視頻、音訊、書籍、光碟、網路資訊等，均具有著作權和版權，凡是未經基金會同意，抄襲或自行整理發行者。

3. 凡將原始點醫學內容任意篡改編輯或加入各種學說，或摻雜個人己見，令學習者真偽莫辨者。

4. 凡自建直播平臺，講述原始點理論且有夾雜其他觀念者。

5. 將張醫師直播的畫面截取而據為自己平臺所有，創造高流量者。

6. 剽竊張醫師的直播或竄改內容文字，轉貼自己經銷之產品謀利者。

7. 已報上名，但經人舉證有違上述情事且查明屬實者，一律撤銷培訓資格。

推 薦人 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_推廣點 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_郵箱 email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

推薦人簽名. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_