**第五十七屆澳門學聯**

**理事會補選被推薦表**

 收件編號：

|  |
| --- |
| 被推薦人資料 |
| 姓名： |  | 性別： |  | 1.5吋近照 |
| 學生證編號： |  | 身份證編號： |  |
| 住宅電話： |  | 手提電話： |  |
| 電郵： |  |
| 就讀院校/在職機構： |  |
| 專業\*如適用： |  | 年級： |  |
| 是否澳門學聯會員： | □是，會員證編號：  |
| □否(非會員須同時提交入會申請表) |

|  |
| --- |
| 參與社團/學生會工作經驗(本欄可另加附件) |
| 序 | 社團/學生會名稱 | 職位 | 參與年份 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 作為工作人員或籌委參與澳門學聯舉辦之活動：□未曾參與 □曾參與(□10次或以下 □11-20次 □21次或以上) |
| 對澳門學聯的認知或印象，以及對參與第五十七屆澳門學聯工作的期望：(本欄可另加附件) |
|  |
| 提名人填寫 |
| 提名理由： (本欄可另加附件) 提名人簽署： 提名人姓名(正楷)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

被推薦人簽署： 收件人簽署：

被推薦人姓名(正楷)： 收件日期：

\*請同時附交身份證副本1份及1.5吋近照2張

\*被推薦人必須為本會會員，倘若被推薦人為非會員，則須同時提交入會申請表

\*補選工作小組對以上內容有最終的解釋權

遞交地點：澳門亞利鴉架街9號容永大廈一樓(澳門中華學生聯合總會)

如有疑問，請致電秘書處黃小姐，電話：2836 5314傳真：2835 8558