

106-107 年度建構社區整合性健康照護網絡計畫

全人教育訓練活動報名表

醫 療 院 所	單位名稱	職 稱	姓 名	身 分 證 字 號	出 生 年 月 日	聯 絡 電 話	電 子 信 箱

◎報名方式：填妥報名表後，傳真至 (037) 264200 或 E-mail：40627@mil.mohw.gov.tw 信箱收。

◎本次活動費用：免費。

◎本次活動不提供午餐。

◎若有疑問，歡迎來電 (037) 261920 分機 1149，董香蘭小姐洽詢。

◎本次課程申請相關醫事人員 (西醫師、護理 (士) 師、營養師、醫檢師、放射技術師、藥師) 繼續教育積分，已報名之學員，若因故不克參加研習會，請務必來電或來信告知，以免影響日後報名權益。★報名表若不敷使用，請自行複印★