**彰化基督教醫院**

109年以實證為基礎的預防醫學課程及

成人預防保健服務訓練課程報名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓　名** | |  | **出生年月日** | | | 年　　　　月　　　　日 | |
| **身份證字號** | |  | **手機號碼** | | |  | |
| **性　別** | | **□男　□女** | **醫師證號** | | |  | |
| **專 科 別** | 科 | | **執 業 場 所** | | 🞏醫學中心 🞏區域醫院  🞏地區醫院 🞏基層醫療院所  🞏其他(衛生所，研究單位…) | | |
| 專科證號 | | **專科證號： 專醫字第 號　　（請附專科醫師證書影本）** | | | | | |
| **Email** | |  | | | | | |
| 執業場所電話 | |  | | 傳真電話 | | |  |
| 現職單位 | | 院所名稱： | | | | | |
| 執業場所地址 | | □□□ | | | | | |
| 醫事機構代碼 | |  | | | | | |
| 合格通知寄送地址 | | □同執業地址  □□□□□ | | | | | |
| **報名資訊** | | | | | | | |
| 日　　期 | | | | 地　　點 | | | |
| 109.08.22（六） | | | | 彰化基督教醫院向上大樓1樓  S011教室（30人） | | | |
| **注意事項**  1.免報名費（本課程恕不供餐），席位有限依報名順序額滿為止。  2**.(1)報名表連同(2)專科醫師證書影本**email至D1100@cch.org.tw；主旨：報名成健課程，即受理您的報名，若有報名額滿、課程取消或改期等情況，另通知已報名者改參加其他場次課程。  3.響應環保請自備水杯。  5.本課程由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費支應。 | | | | | | | |

報名編號： （由本單位填寫）