**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）