

2019 年病人安全文化調查(PSC)營造活動-TRM 系列課程



TRM 實踐營報名表

醫院名稱：_____

聯絡人：_____單位：_____職稱：_____

聯絡電話：_____Email: _____

- ✓ 請以 E-mail(psc@jct.org.tw)或傳真 02-29634292 回覆報名表
- ✓ 本課程採先報名後繳費，後續將電話(或 mail)通知繳費事宜。
- ✓ 若有 2 個以上團隊參與，請分開 2 表格填寫。

TRM 實踐營團隊成員名單

| No | 姓名 | 單位 | 職稱 | 用餐(葷/素) | 調查 TRM 基礎班之意願回覆(請擇一勾選) *最多 4 名學員免費參與一場基礎班訓練 |
|----|----|----|----|---------|--|
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> 參加 4/19 <input type="checkbox"/> 參加 5/10 <input type="checkbox"/> 自費參加 4/19 <input type="checkbox"/> 自費參加 5/10 <input type="checkbox"/> 不參加 |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> 參加 4/19 <input type="checkbox"/> 參加 5/10 <input type="checkbox"/> 自費參加 4/19 <input type="checkbox"/> 自費參加 5/10 <input type="checkbox"/> 不參加 |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> 參加 4/19 <input type="checkbox"/> 參加 5/10 <input type="checkbox"/> 自費參加 4/19 <input type="checkbox"/> 自費參加 5/10 <input type="checkbox"/> 不參加 |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> 參加 4/19 <input type="checkbox"/> 參加 5/10 <input type="checkbox"/> 自費參加 4/19 <input type="checkbox"/> 自費參加 5/10 <input type="checkbox"/> 不參加 |
| 5 | | | | | <input type="checkbox"/> 參加 4/19 <input type="checkbox"/> 參加 5/10 <input type="checkbox"/> 自費參加 4/19 <input type="checkbox"/> 自費參加 5/10 <input type="checkbox"/> 不參加 |
| 6 | | | | | <input type="checkbox"/> 參加 4/19 <input type="checkbox"/> 參加 5/10 <input type="checkbox"/> 自費參加 4/19 <input type="checkbox"/> 自費參加 5/10 <input type="checkbox"/> 不參加 |
| 7 | | | | | <input type="checkbox"/> 參加 4/19 <input type="checkbox"/> 參加 5/10 <input type="checkbox"/> 自費參加 4/19 <input type="checkbox"/> 自費參加 5/10 <input type="checkbox"/> 不參加 |