

102 年藥事人員戒菸衛教培訓課程

附件

報名表

姓名		身分證字號		出生年月日	
所屬 縣市 公會	_____藥師公會 _____藥劑生公會	執業處所 藥局/醫療 院所名稱		是否為 健保藥局 藥師	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
執業處所所使用之健保申報軟體廠商名稱：					
電話	執業室內：(必填) 手機：(必填)	通訊地址	□□□		
午餐	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素				
<input type="checkbox"/> 報名進階場次 (請附初階證明)	102/09/28(六) 名額 60 人 財團法人天主教聖馬爾定醫院(嘉義市大雅路二段 565 號) ※報名此場進階者須同時報名高階				
<input type="checkbox"/> 報名高階場次 (請附初、進階證明)	102 年 10 月 19 日(六)、20 日(日)、26 日(六) 名額 60 人 財團法人天主教聖馬爾定醫院(嘉義市大雅路二段 565 號)				
初階上課證明 (請擇一附影本)	<input type="checkbox"/> 證書 <input type="checkbox"/> 學分證明 <input type="checkbox"/> 其他_____	進階上課證明 (請擇一附影本)	<input type="checkbox"/> 證書 <input type="checkbox"/> 學分證明 <input type="checkbox"/> 其他_____		
是否申請課外實務訓練抵免 (需參加過衛生局戒菸諮詢站， 請附縣市衛生局開立之證明)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			