羅東博愛醫院簡圖



為響應節能省碳，請沿此虛線剪下後再傳真02-24217388

|  |
| --- |
| 103年度糖尿病共同照護網-藥師核心課程報名表 |
| 姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 生 　日 | **西元**19 年 月 日 | 聯絡電話 |  |
| 所屬公會別 |  縣、市藥師公會　□無 | □公務人員時數 |
| 收據地址 | □□□ |
| 繳費方式 | □現金（請以現金袋或親至本會繳納，到會前請先以電話查詢以免途勞往返）□轉帳或匯款（基隆二信：115帳號：014-10-01861-9）　　帳號末5碼　　　　　　　 轉帳帳號戶名：　　　　　　　　完成轉帳作業請以e-mal：keelung.a99@msa.hinet.net告知本會以利核帳。　 |
| 備註：1.請以傳真02-24217388或e-mail：keelung.a99@msa.hinet.net（主旨：報名6月份糖尿病衛教師核心課程）完成報名。2.請於完成報名作業後3日內完成繳費動作，以確保學員資格。3.上課費用2800元/人，本會委收統一代轉交糖尿病衛教學會。 |