戒菸衛教師進階課程意向調表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 藥師姓名 |  | 聯絡電話 | 住家： |
| 手機： |
| 執業場所 |  |
| 聯絡地址 |  |
| 備註 | 請有上課意願之藥師必務於3/10(四)回傳調查表至本會，如統計人數不足開課人數，將無法協調開課事宜，謝謝! |

※備註填寫完畢請傳真回傳至(02)2421-7388或e-mail：keelung.a99@msa.hinet.net戒菸衛教師進階課程意向調表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 藥師姓名 |  | 聯絡電話 | 住家： |
| 手機： |
| 執業場所 |  |
| 聯絡地址 |  |
| 備註 | 請有上課意願之藥師必務於3/10(四)回傳調查表至本會，如統計人數不足開課人數，將無法協調開課事宜，謝謝! |

※備註填寫完畢請傳真回傳至(02)2421-7388或e-mail：keelung.a99@msa.hinet.net