



居家健康促進照顧菁英班

傳真報名表

報名日期	106 年 10 月 21-22 日		
姓名(必填)			
身分證字號			
聯絡信箱(必填)			
聯絡電話(必填)			
任職單位		職稱	
身分類別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 家庭照顧者 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 護士 / 護理師 <input type="checkbox"/> 社工師 / 員 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 其他：		
餐飲葷素(必填)	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素		
繳費方案	繳費方案： <input type="checkbox"/> 早鳥優惠價 3,800 元 (8/30 前享有) <input type="checkbox"/> 一般報名費用 4,000 元		
繳費資料	<input type="checkbox"/> 轉帳，請提供轉出帳號之末五碼：_____ (核對入帳資料用) <input type="checkbox"/> 匯款，備註：_____ (建議填寫報名者姓名) <small>※完成繳費後，請務必將交易明細表連同報名表傳真至(02)2797-6656，俾利對帳確認。</small>		
收據	<input type="checkbox"/> 同報名者 <input type="checkbox"/> 開立單位名稱 (務必提供貴機構之名稱全銜)： _____ 統一編號： _____ 單位地址： _____		
如何得知本次課程訊息	<input type="checkbox"/> 中化銀髮官方網站 <input type="checkbox"/> 中化銀髮·自在享老臉書粉絲頁 <input type="checkbox"/> 中華銀髮養生照顧協會官網 <input type="checkbox"/> 老寶貝臉書社團 <input type="checkbox"/> 愛長照 <input type="checkbox"/> 翻轉醫療 <input type="checkbox"/> 其他： _____		
其他建議			

報名表填妥完成後請傳真至 02-2797-6656，以利主辦單位核對資料

聯絡人：李小姐 電話：02-2797-0880 ext.213 傳真：02-2797-6656

E-mail : education.csc@gmail.com (請於週一至週五 9:00-18:00 來電洽詢)