

2011年第五屆身心障礙者口腔照護活動

長期照護者口腔照護研習會報名表

NO: (由本會填寫)

基本資料			
姓名		出生年月日	年 月 日
電話		身分證字號	
手機		聯絡地址	
傳真		單位名稱	
職稱		電子信箱	
單位別	1. <input type="checkbox"/> 身心障礙福利機構護理人員及教保員	<input type="checkbox"/> 早療 <input type="checkbox"/> 教養院 <input type="checkbox"/> 安養院 <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
	2. <input type="checkbox"/> 特教班及特殊教育老師及護理人員	<input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 其它 _____	
	3. <input type="checkbox"/> 照護身心障礙者醫師	<input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 服務	
	4. <input type="checkbox"/> 身心障礙相關科系學生	_____年級	
	5. <input type="checkbox"/> 身心障礙者及其照護者	與被照護者之關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母/子女 <input type="checkbox"/> 兄弟/弟妹 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
參加場次及研習時數			
參加場次	10/30(日)	長期照顧口腔照護研討會	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食 <input type="checkbox"/> 不用餐
	註：10/29(六)活動採自由入場，不須事先報名，不提供午餐及研習學分(科教館2樓有餐飲販賣區可用餐)		
研習時數	<input type="checkbox"/> 公教人員研習時數		<input type="checkbox"/> 牙醫師繼續教育學分
	<input type="checkbox"/> 護理人員繼續教育學分		<input type="checkbox"/> 上課證明書
註：10/30(日)提供7小時研習時數認證			
備註	<p>一、報名資料敬請填寫完整，以利繼續教育學分申請及後續認證事宜辦理。</p> <p>二、本會洽詢專線：02-2500-0133 *231 鄭先生、*234 許小姐</p> <p>三、報名表傳真專線：02-2500-0126，傳真後請來電確認有無收訖。</p> <p>四、報名截止日期：即日起至100年10月11日(二)止。</p> <p>五、10月30日活動因名額有限，錄取者如不克參加，請務必來電取消，以利候補人員遞補。</p> <p>六、報名表如不敷使用，請自行影印。</p>		