**台灣家庭醫學醫學會**

109年成人預防保健服務訓練課程報名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓　名** |  | **出生年月日** |  年　　月　　日 |
| **身份證字號** |  | **手機號碼** |  |
| **性　別** | **□男　□女** | **醫師證號** |  |
| **專科別** | 科 | **執業場所** | 🞏醫學中心 🞏區域醫院🞏地區醫院 🞏基層醫療院所 🞏其他(衛生所，研究單位…) |
| 專科證號 | **專科證號： 專醫字第 號　　（請附專科醫師證書影本）** |
| **Email** |  |
| 執業場所電話 |  | 傳真電話 |  |
| 現職單位 | 院所名稱：  |
| 執業場所地址 | □□□□□ |
| 醫事機構代碼 |  |
| 合格通知寄送地址 | □同執業地址 （勾選同執業地址者以下免填） □（□□□□□） |
| ※是否需紙本講義 | □需要紙本　　□自行下載帶至現場（課前一週公告於本學會網站） |
| **報名場次**　請擇一勾選 |
| 場次 | 日期 | 時間 | 地　　點 |
| □ | 109.06.07（日） | 12:20-17:45 | 台大醫學院 |
| □ | 同步視訊課程:花蓮縣醫師公會 |
| □ | 同步視訊課程:衛福部臺東醫院 |
| □ | 109.10.04（日） | 12:20-17:45 | 台中榮民總醫院 |
| □ | 109.10.18（日） | 12:20-17:45 | 高雄醫學大學附設中和紀念醫院第一會議室 |
| **注意事項**1.免報名費（本課程恕不供餐），**席位有限**依**報名順序額滿為止**。2**.(1)報名表連同(2)專科醫師證書影本**傳真**02-2383-2844（傳真後請再電話確認收件(02)2331-0774分機21**，**蔣先生）**，或請用Word 格式以附件的方式投寄201421@tafm.org.tw；主旨：報名成健課程，若有報名額滿、課程取消或改期等情況，另通知已報名者改參加其他場次課程。3.已受理報名人員名單、課程講義及會場交通等相關訊息，將於課前一週，公佈於台灣家庭醫學醫學會網站，不再另行通知，網址[https://www.tafm.org.tw](http://www.tafm.org.tw)。4.響應環保請自備水杯。5.本課程由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費支應。 |

報名編號： （由本學會填寫）