

2014 台大醫院特殊需求者牙科醫療服務示範中心

牙醫師繼續教育課程 報名表

姓名	
身分證字號	
聯絡電話	請盡量留服務院所的電話
e-mail	
服務院所	
服務院所 所在縣市	市(縣)
是否接受過 6 學分之身心障礙者牙科醫療服務基礎課程： ☐ 是、 ☐ 否 是否具有全聯會健保身障申請醫師資格： ☐ 是、 ☐ 否	
場次	☐ 2014 年 5 月 24 日(六) ☐ 2014 年 6 月 08 日(日) ☐ 2014 年 6 月 29 日(日) ☐ 2014 年 7 月 06 日(日) ☐ 2014 年 7 月 13 日(日) ☐ 2014 年 7 月 27 日(日) ☐ 2014 年 8 月 03 日(日) ☐ 實習

本報名表所蒐集之個人資料，將依據個人資料保護法規定，
只針對【申請繼續教育學分】之目的進行蒐集、處理及利用，不做其他用途。
報名方式：e-mail ntuhsndc@gmail.com

傳真 (02) 23123456 # 70477

線上報名 <http://goo.gl/FRtCmG>