

# 110 年度特殊需求者牙科醫療服務示範中心牙醫師、照護人員培訓課程

## 報名表

姓名：	出生年月日：	身分證字號：
服務單位：	職稱： <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 牙助 <input type="checkbox"/> 照服員 <input type="checkbox"/> 其他_____	
是否已取得身心障礙相關學分： <input type="checkbox"/> 無任何學分 <input type="checkbox"/> 已有基礎學分 (牙醫師必填)		
聯絡電話：	E-mail：	
通訊地址：		
午餐	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食    (未勾選者視為葷食) *請自備環保杯	
報名場次	<b>牙醫師與照護人員共同課程：</b> <input type="checkbox"/> 第一場：06/05 (六) <input type="checkbox"/> 第二場：06/19 (六) <input type="checkbox"/> 第三場：07/03 (六) <input type="checkbox"/> 第四場：07/17 (六) <input type="checkbox"/> 第五場：07/31 (六) <b>牙醫師實習課程：</b> <input type="checkbox"/> 第一場：07/06 (二) - 地點：南投草屯創世基金會 → <input type="checkbox"/> 需要搭車 ※集合時間：請於早上 8 點 20 分在口腔醫學部門口集合(派車接送)，逾時不候。 <input type="checkbox"/> 第二場：07/14 (三) - 地點：中山口腔醫學部 3 樓進階治療室 <b>照護人員課程：</b> <input type="checkbox"/> 第六場：05/29 (六) <b>全程參與課程之學員，將給予特殊需求者牙科繼續教育結業證明書。</b>	

※ 承辦人：劉小姐 (04) 2471-8668 分機 55336。

※ 報名方式：傳真報名：(04) 2475-6374 (請報名者務必來電確認是否收到您的報名表)  
→ 中午 12：30~13：30 請勿傳真。

電子郵件：[cshn626@csh.org.tw](mailto:cshn626@csh.org.tw)

網路報名：



※ 報名截止日：110 年 05 月 24 日。以上資料僅提供報名，不作其他之用途。