**行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院**

###  課 程 報 名 表

|  |  |
| --- | --- |
| 服務單位 | **(開立收據者，請填全銜)** |
| 報名課程名稱/場次 |  |
| 姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 職稱類別 |  □院長(主任) □護理人員 □照顧服務員 □社工 |
| 聯絡手機 |  |
| 連絡電話 |  |
| 證書郵寄地址 | 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰路 段 巷 弄 號 樓 |
| 電子信箱 |  |
| 收據抬頭 | □同服務單位 □同學員姓名□其他(請填全銜)： |
| 統一編號 |  |

★填妥報名表後，E-MAIL: hok9@hok2.com.tw，並請務必來電確認。

 連絡電話:(02)8672-5678 陳芳琳護理長(分機:531、532)

 吳瑜珊護理長(分機:731、732)