

105 年藥事人員戒菸衛教高階培訓課程 報名表

姓名		身分證字號		出生年月日	
所屬 縣市 公會	_____藥師公會 _____藥劑生公會	執業處所名稱 (藥局/醫療院 所名稱)		執業處所是否 願意讓您與國 健署簽約	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
藥師 證號	健保申報軟體廠商名稱：				
電話	執業處所室內： 手機：	通訊 地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (請填寫郵遞區號)		
午餐	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素				
報名場次	<input type="checkbox"/> 4/09(六)、4/16(六)、4/17(日) 臺南市政府衛生局(臺南市東區林森路一段418號) <input type="checkbox"/> 4/17(日)、4/24(日)、5/01(日) 天主教聖馬爾定醫院(嘉義市大雅路二段565號) <input type="checkbox"/> 5/14(六)、5/15(日)、5/22(日) 臺北市藥師公會(臺北市長春路15號7樓) <input type="checkbox"/> 7/10(日)、7/17(日)、7/24(日) 中山醫學大學附設醫院-12樓國際會議廳 (臺中市南區建國北路一段110號)				
初階證明 (不受理學分證明)	<input type="checkbox"/> 證書 <input type="checkbox"/> 報名初階縣市及日期 _____ *尚未取得初階證書者，請註明所報 初階課程之縣市別及上課日期	進階證明 (不受理學分證明)	<input type="checkbox"/> 證書 <input type="checkbox"/> 報名進階縣市及日期 _____ *尚未取得進階證書者，請註明所 報進階課程之縣市別及上課日期		
報名需知： *參與本計畫取得高階證書者，本會將會要求您與國健署簽約。 *本課程以願意與國健署簽約之社區健保藥局藥師為優先培訓對象，尚有名額時再由願意與國健署簽約之其他類別藥事人員依本會收件日期依序遞補。 *請留下您的執業處所室內電話，以利報名表或附件有問題時可即時聯絡到您。 *日後戒菸相關訊息將統一用簡訊方式通知，請務必留下您的手機號碼以利接收訊息。 *請上FB加入「二代戒菸藥健康」粉絲團，以利獲得最新戒菸相關資訊。					

本計畫經費來自於國民健康署菸品健康福利捐