臺北市立聯合醫院

「107年度失智關懷志工初階訓練」報名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | 性別 | | 出生年月日 | 身分證字號 |
|  | |  | |  |  |
| 聯絡電話(請務必填寫確實，以利通知) | | | (住家) (手機) | | |
| 電子信箱(請務必填寫確實，以利通知) | | |  | | |
| 通訊地址 |  | | | | |
| 請勾選v  報名場次 | □第2場次：107年4月10日(週二) 8:30至16:30及4月12日(四)  8:00至12:30，本院仁愛院區6樓檢驗大樓禮堂。  □第3梯次：107年04月17日(二)8:30至16:30及4月18日(三)8:00  至12:30，本院陽明院區\_9樓大禮堂。  □第4梯次：107年04月30日(一)8:30至16:30及5月02日(三)**13:00**  **至17:30**， 本院忠孝院區10樓大禮堂。  □第5梯次：107年04月23日(一)8:30至16:30及4月25日(三)**13:00至17:30**，地點：本院和平院區\_10樓大禮堂 | | | | |
| 請勾選葷素 | □葷食 □素食 □全素(無蛋) | | | | |
| 填妥報名表寄至 [z2243@tpech.gov.tw](mailto:z2243@tpech.gov.tw) | | | | | |