**109年度臺北市政府衛生局委託專業團體辦理**

附件9

**簡易版市民急救教育訓練(CPR及AED)課程申請表**

申請單位名稱：

申請單位所屬行政區：

上課地點地址：

預計上課人數： 人(以**15人以上**為原則)

希望受訓日期及時間：

聯絡人姓名：

聯絡人電話(公)： (手機)：

聯絡人e-mail：

註1：本表格係為申請109年度臺北市政府衛生局委託專業團體辦理簡易版**2小時**市民急救教育訓練(CPR及AED)課程使用，[填寫完畢後請e-mail臺北市政府衛生局承辦人張小姐，電話：1999(外縣市請撥02-2720-8889)轉7099，e-mail：aaaa3269@health.gov.tw](mailto:填寫完畢後請e-mail臺北市政府衛生局承辦人張小姐，電話：1999(外縣市請撥02-2720-8889)轉7099，e-mail：aaaa3269@health.gov.tw)。

註2：本局收案後，將分派案件，恕無法指定特定授課單位；欲指定授課單位，請逕洽該單位自行付費受訓。

註3：本表格派案之簡易版CPR及AED市民急救教育訓練課程為免費課程，若授課單位有收取任何費用之情事，請檢具相關單據或資訊向臺北市政府衛生局反應，本局將依法妥處(承辦人同註1)。

註4：申請單位若有跨行政區之情事，請依行政區劃分，分別填寫不同之申請表。

註5：本局辦理之市民急救教育訓練證明如附圖(名片大小、正反兩面)，無開立其他證書，若無法接受，亦請逕行接洽授課單位，自行付費授課。

