

宜蘭縣 104 年度戒菸衛教人員初階教育訓練
報名表

姓 名		姓 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號		手 機	
單位名稱		職 稱	
單位電話		餐 食	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食
醫事類別		專業證號	
通訊地址			
E-mail			
報名場次	<input type="checkbox"/> 104 年 4 月 20 日(星期一)假羅東博愛醫院住院大樓五樓小禮堂辦理 <input type="checkbox"/> 104 年 4 月 26 日(星期日)假宜蘭縣政府衛生局健康大樓 4 樓會議室 (宜蘭市健康路二段 2-2 號)辦理		

報名注意事項：

- 一、研習名額：每場 100 名，至 104 年 3 月 27 日(星期五)，額滿截止。
- 二、報名聯絡方式：請將報名表傳真至 03-9360855 或 e-mail：
ian@mail.e-land.gov.tw，若有相關問題，請逕洽宜蘭縣政府衛生局保健科，電
話：03-9322634#2302 曹錦蘭小姐
- 三、為響應環保運動政策，請自備環保杯。