

附件 1

宜蘭縣 104 年度藥事人員戒菸衛教師進階教育訓練
報名表

姓 名		藥師證號	
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	餐 食	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食
執業處所名稱		執業處所能 否與國民健 康署簽約	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
執業處所電話		手 機	
通訊地址	□□□-□□(請填寫郵遞區號)		
E-mail			

報名注意事項：

- 一、研習名額：50名，至 104 年 4 月 7 日星期一，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。