

**中山醫學大學附設醫院口腔醫學部**

**106年度牙醫助理基礎認證學分班報名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 出生年月日： | | 身份證字號： |
| 服務單位： | | 職稱：  （必填） | |
| 聯絡電話： | | E-mail： | |
| 通訊地址： | | | |
| 供餐： | □ 葷食 □ 素食 （未勾選者視為葷食） | | |
| 說明： | 1.此課程必須全程參與，無法全程參與者恕不接受報名。  完訓發給完訓證書，不做個別學分證書發給。  2.報名截止日期及費用：  即日起受理報名至106年11月3日前或額滿為止，費用5,000元。(已完成繳費報名者無法取消及退費)  **□我已仔細閱讀並同意上述說明。簽名： (請親簽)**  3.報名方式：  採傳真報名：[填寫完請傳真至](mailto:填寫完請mail至cshe552@csh.org.tw)04-24756374。  (中午12：00~14：00為休診時段，請勿傳真及來電)  因報名人數有限，將依傳真排序，依序通知並提供匯款帳號完成報名。 | | |