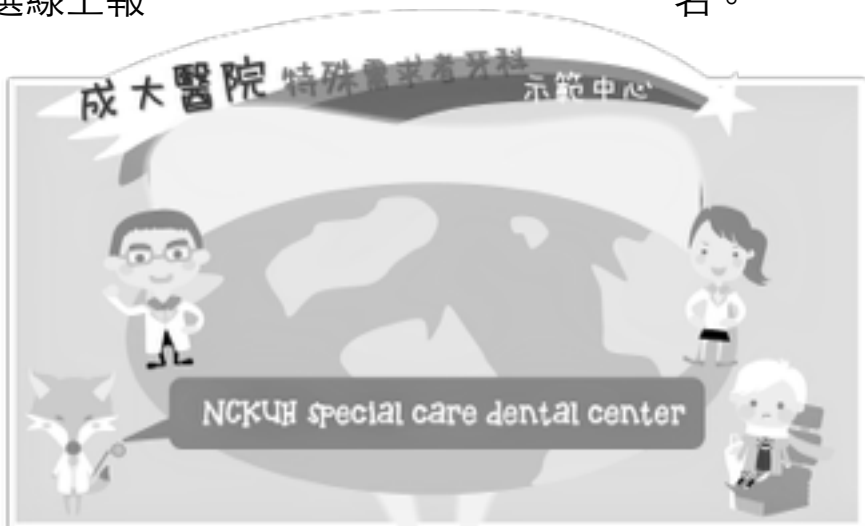
2016成醫特殊需求者牙科醫療服務

輔助人員培訓課程 報名表

姓名		**身分證字號**	
聯絡電話		**Email**	
服務單位		**職稱**	
服務單位所在縣市		**餐飲**	葷 ☐ 素 ☐
是否曾接受過特殊需求者牙科醫療服務 **輔助人員**培訓課程 ☐			
是否曾接受過特殊需求者口腔照護指導員 **基礎**課程 ☐			
報名場次	**註：要取得輔助人員培訓證明者，必須全程參加，並完成2診次實習**		
☐ **四**場課程及2診次(共計7小時)實習全程都參加			
☐ 參加 2016/07/10 （日）			
☐ 參加 2016/07/17 （日）			
☐ 參加2016/08/14 （日）			
☐ 參加2016/08/21 （日）			

1.填妥後請傳真至06-2762819或e-mail至scdc10506@gmail.com。
2.也可選擇上網報名請至https://sites.google.com/site/teeth99/
首頁點選線上報名。