

105 年牙醫師參與戒菸服務訓練課程

實習認證單

姓 名		身分證字號	
手 機		服務單位	
地 址	□□□		
Email (必填): _____			
實習心得 (至少 100-150 字)			
(一) 戒菸門診實習	(實習單位戳章)	日 期	
(二) 戒菸專線實習	 (實習單位戳章)	日 期	

注意事項：

1. 本表於課程當天發放請務必妥善保管，若遺失請至全聯會官網下載：<http://www.cda.org.tw/>
2. 請蓋完戒菸門診實習及戒菸專線實習之認證章，將本表及 2 個案追蹤實作報告正本，掛號寄回全聯會(請註明：台北市中山區復興北路 420 號 10F 陳先生收)。
3. 聯絡方式：陳先生：電話：02-25000133 分機 252、電子信箱：orangemomo@cda.org.tw