



失智症照顧服務員基礎訓練核心課程

傳真報名表

報名日期	5/17(五)-5/19(日)聖功醫院5樓大禮堂(高雄市苓雅區建國一路352號)	
姓名(必填)		
身分證字號		
聯絡信箱(必填)		
聯絡電話(必填)		
任職單位		職稱
身分類別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 長期照護醫事人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 社會工作師、社會工作人員 <input type="checkbox"/> 照顧管理專員及照顧管理督導 <input type="checkbox"/> 長照服務相關計畫之人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務人員 <input type="checkbox"/> 居家服務督導員 <input type="checkbox"/> 其他：	
餐飲葷素(必填)	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素	
繳費資料 報名費用 4,200元	<input type="checkbox"/> 轉帳，請提供轉出帳號之末五碼：_____ (核對入帳資料用) <input type="checkbox"/> 匯款，備註：_____ (建議填寫報名者姓名) <small>※完成繳費後，請務必將交易明細表連同報名表傳真至(02)2797-6656，俾利對帳確認。</small>	
收據	<input type="checkbox"/> 同報名者 <input type="checkbox"/> 開立單位名稱(務必提供貴機構之名稱全銜)： _____ 統一編號：_____ 單位地址：_____	
實習梯次	1.南區老人之家 <input type="checkbox"/> 5/20-21 <input type="checkbox"/> 5/23-24 <input type="checkbox"/> 5/27-28 <input type="checkbox"/> 5/30-31	2. 悠然綠園安養暨長期照顧中心 <input type="checkbox"/> 5/22-24 <input type="checkbox"/> 5/29-30 <input type="checkbox"/> 6/5-6/6 <input type="checkbox"/> 6/19-6/20 <input type="checkbox"/> 6/26-6/27
如何得知本次 課程訊息	<input type="checkbox"/> 中化銀髮官方網站 <input type="checkbox"/> 中化銀髮·自在享老臉書粉絲頁 <input type="checkbox"/> 中華銀髮養生照顧協會官網 <input type="checkbox"/> 老寶貝臉書社團 <input type="checkbox"/> 愛長照 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
訂閱電子報	<input type="checkbox"/> 我願意接收到中化銀髮事業的會員電子報，隨時掌握最新的課程資訊	

報名表填妥完成後請傳真至 02-2797-6656，以利主辦單位核對資料

聯絡人：杜小姐 電話：02-2797-0880 ext.203 傳真：02-2797-6656

E-mail: education.csc@gmail.com(請於週一至週五 9:00-18:00 來電洽詢)