**醫用面罩使用與感控管理品質宣導教育訓練報名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位 | 級職 | 姓名 | 參加場次 | 聯絡電話 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附註：

一、填寫範例：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位 | 級職 | 姓名 | 參加場次 | 聯絡電話 | 備考 |
| ○○醫院 | 護理部  護理師 | ○○○ | 高雄市立  大同醫院 | 06-000000 |  |

二、參加單位請填具附件報名表，[傳真06-6995385或Email至a230906@unet.net.tw](mailto:傳真06-6995385或Email至a230906@unet.net.tw)。

三、報名期限：

[佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院](https://taichung.tzuchi.com.tw/)，108年7月26日。

四、本案教育訓練聯絡窗口：

善誠公司 林仁德06-6995380\*11

善誠公司 王枝添06-6995380\*12