**104年度照顧服務員失智症補充訓練報名表** 附表一

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 |  |
| 身分證字號 |  |
| 出生年月日 |  |
| 服務機構 |  |
| 職 稱 |  |
| E-mail |  |
| 聯絡電話/手機 |  |
| 聯絡住址 |  |
| 素 食 | 🞏 是 🞏否 |
| 報名梯次 | 🞏 第一梯次 🞏 第二梯次 🞏 第三梯次 |

報名說明與注意事項：

一、報名方式： 採電話及傳真報名，請先來電確認是否尚有名額（名額有限，額滿為止），請以正楷詳細填妥報名表後，以電話（02-23331955）、傳真至（02-23331759）報名。

二、配合事項：

1.因名額有限，報名後請務必參加，若因故不克參加，如取消報名需開課前來電或傳真取消。

2.訓練期間，學員應全程參與；其中一堂課有遲到、早退或中途離席超過20 分鐘等情形之一者，該次訓練不予計算時數。

3.完成全程，俟衛生福利部審核後，由本會依規定核發結業證明書。

4.若遇天災(如颱風、地震等)或不可抗拒之因素取消，則另行通知擇期舉行。

 5.上課時應尊重講者及學員權益，請勿接聽電話、並將手機轉為震動或靜音。

 6.為響應環保，請自備環保筷及環保杯使用。