**109年醫療品質學院中階課程**

**創新設計工作坊 課前調查**

|  |  |
| --- | --- |
| **機構名稱** |  |
| **編號** | **姓名** | **部門/單位** | **職稱** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| **待解決或突破的問題**請概述說明  |
| **-What****-Who****-Where** |
| **上述改善主題遇到之瓶頸、障礙或困難點是什麼？**請列舉說明，譬如在病人、人員、環境、設備之困難點。 |
|  |

🟒備註：

1. 若版面不夠，請自行調整(限2頁以內)。
2. 如貴機構團體報名，欲改善同一主題，可繳交一份資料，若否，則各自繳交。

請於12/4(五)前回傳至edu@jct.org.tw

如有任何問題可來電詢問：02-8964-3000分機3028、3027