**TRM實踐營報名表**

 **醫院名稱：**

* 請以E-mail(edu@jct.org.tw)或傳真02-29634292回覆報名表
* 本課程採先報名後繳費，後續將電話(或mail)通知繳費事宜
* 若有2個以上團隊參與，請分開2表格填寫

 **聯絡人： 單位: 職稱:**

|  |
| --- |
| **TRM實踐營團隊成員名單** |
| **No** | **姓名** | **單位** | **職稱** | **用餐**(葷/素) | **調查TRM基礎班之意願回覆(請擇一勾選)** \*最多4名學員參與免費一場基礎班訓練 |
| **1** |  |  |  |  | □參加9/30視訊課程 □自費參加9/30視訊課程  |
| **2** |  |  |  |  | □參加9/30視訊課程 □自費參加9/30視訊課程  |
| **3** |  |  |  |  | □參加9/30視訊課程 □自費參加9/30視訊課程   |
| **4** |  |  |  |  | □參加9/30視訊課程 □自費參加9/30視訊課程  |
| **5** |  |  |  |  | □參加9/30視訊課程 □自費參加9/30視訊課程  |
| **6** |  |  |  |  | □參加9/30視訊課程 □自費參加9/30視訊課程  |
| **7** |  |  |  |  | □參加9/30視訊課程 □自費參加9/30視訊課程  |

 **聯絡電話： Email:**