報名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 選填  課程名稱 | **□1/8(六),9(日)** **肩帶與髖帶動作損傷模式分析的臨床思維與運動矯治** | | | | |
| 中文姓名  醫事身分別 | 姓名:  □物理治療師□中醫師□西醫師 | | | | |
| 身份證字號  （學分認證用） |  | 服務單位 | | |  |
| 手 機 |  | 聯絡電話 | | |  |
| 通訊地址 | □□□-□□ | | | | |
| e-mail |  | | | | |
| 匯款金額 | □單堂7,500元 | | 收據抬頭  （請務必填寫） | □個人抬頭  □執業機構抬頭：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 附言(末5碼) |  | | | | |
| |  | | --- | | 繳費方式:匯款或轉帳  **臺灣企銀(050) 土城分行**  戶名：舜復健康事業有限公司  帳戶:142 12 17635 5  回覆舜復e-mail：sfhealth2012@gmail.com | | | | | | |