**報名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 選填  課程名稱 | **□8/5(六),6(日) 體系統機能損傷的肌筋膜相連現象與治療**  **□9/09(六),10(日)** **神經動力學與神經系統鬆動術**  **□10/14(六),15(日)** **神經敏感化與神經肌肉技法** | | | | | |
| 中文姓名 |  | 身份證字號  （學分認證用） | | |  | |
| 醫事身分別 | □物理治療師  □中醫師□西醫師 |
| 服務單位 |  | | 開始執業年份 | | |  |
| 手 機 |  | | 聯絡電話 | | |  |
| 通訊地址 | □□□-□□ | | | | | |
| e-mail |  | | | | | |
| 匯款與附言 | □一堂9,000元  □兩堂18,000元  □三堂27,000元  ***帳號末五碼:*** | | | 收據抬頭  （必填） | □個人抬頭  □執業機構抬頭：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| |  | | --- | | 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 | | | | | | | |