**中華民國風濕病醫學會102年第二梯次風濕病個案管理師訓練班報名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 連絡電話 | E-mail | 生日 | 身分證字號 | 隸屬醫院/公司 | 是否搭乘接駁車 |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無需求 |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無需求 |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無需求 |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無需求 |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無需求 |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無需求 |
|  |  |  |  |  |  | □有 □無需求 |

**懇請填寫後，於2013/08/09 (五)前傳真至學會：(04)2471-1084或寄至學會信箱：rheum@ms22.hinet.net ，**

**非常感謝　您的協助！**

**中華民國風濕病醫學會　秘書處　敬上**