

**114 年社團法人台灣藥學國際發展協會  
第五屆心臟內科專科臨床藥師培訓**

**報名表**

一、是否已詳讀「114 年社團法人台灣藥學國際發展協會第五屆心臟內科專科臨床藥師培訓報名辦法」並同意相關辦法。

同意      不同意

二、TIPAA 會員資格  本人為 TIPAA 個人會員     所屬單位為 TIPAA 團體會員

三、基本資料表

基本資料 *請填寫下列資料，謝謝！			
姓 名		性 別	
身分證字號		藥師證書字號	
服務單位		職 稱	
聯絡地址	□□□		
聯絡電話	(公司) _____ (手機) _____		
傳真號碼	_____		
E - M a i l			
收據抬頭	<input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要	抬頭名稱：	統一編號：
希望受訓醫院	(實際分發以各接訓醫院協調分發為主)		
申請人 ( 簽章 )		推薦人 ( 簽章 )	

★ 報名方式：

1、電郵報名：填寫完畢請回傳至電郵信箱 [tipaa.assistant@gmail.com](mailto:tipaa.assistant@gmail.com)

★ 注意事項：1、報名期間：即日起至 **114 年 4 月 15 日下午五點截止**，基本資料請務必填寫完整。