

台灣護理學會
「醫照整合工作坊」(北區)
推薦報名表

- 一、辦理時間：115 年 7 月 23 日(星期四)
- 二、辦理地點：台灣護理學會國際會議廳（臺北市大安區信義路 4 段 281 號 9 樓）
- 三、參加對象：本會活動會員，由各機構推薦具以下實務工作經驗者參加（恕不接受個人自行報名或現場報名）：
 - (一)在宅急症照護。
 - (二)出院準備銜接長照服務。
 - (三)口腔及咀嚼吞嚥照護。
 - (四)急性後期之醫療整合照護。
- 四、報名名額：共 60 人，額滿為止（學會保有調整報名名額之權利，若報名人數未達 30 人則取消辦理）。
- 五、報名日期：115 年 6 月 10 日起至 115 年 6 月 26 日止（6 月 10 日前報名者，恕不受理），逾期報名者需繳交 300 元行政作業費。
- 六、報名方式：由各機構填妥推薦報名表後以 E-MAIL 傳送至本會 sierre@twna.org.tw，確認回復始完成推薦報名作業，恕不受理現場報名或其他方式報名。
- 七、名單公告：115 年 7 月 6 日公告在本會網站 www.twna.org.tw【學術活動/研習活動】中，請逕自上網查詢確認。業經報名成功者，僅可取消報名，不得作人員更換。

.....

「醫照整合工作坊」(北區)
推薦報名表

機構名稱						
機構地址						
聯絡人		電話(O) 手機		信箱		
受推薦人資料						
實務經驗代號： 1-在宅急症照護，2-出院準備銜接長照服務，3-口腔及咀嚼吞嚥照護，4-急性後期之醫療整合照護						
推薦 順序	會員號 (必填)	姓名	身分證字號 (必填)	職稱	實務 經驗 代號	通訊資料(務必正確)
1						信箱： 手機：
2						信箱： 手機：

主管/單位簽章：_____