**台灣護理學會**

**114/08/22「說故事的力量」工作坊－機構推薦表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **機構名稱** |  | | | | |
| **受推薦學員資料**  （以實際報名人數填寫，每團隊最多8人，僅1名代表能出席實體課程，其餘可用視訊方式參與授課，團隊名單提交後，不得更換、增減人員） | | | | | |
| **項次** | | **姓　名** | **身分證字號(必填)** | **上課方式(請勾選)** | |
| **實體** | **視訊** |
| **1** | |  |  |  |  |
| **2** | |  |  |  |  |
| **3** | |  |  |  |  |
| **4** | |  |  |  |  |
| **5** | |  |  |  |  |
| **6** | |  |  |  |  |
| **7** | |  |  |  |  |
| **8** | |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 聯絡人姓名： |  |
| 聯絡人電話： |  |
| 護理主任簽章：  (或護理部章戳) |  |

**上述資料填寫完畢後，請上傳至**<https://forms.gle/2nYsi2LoRDKZZCsSA>