**中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會認證課程報名表**

**2019.03.30(六) 08:00-17:40 三軍總醫院B1第三演講廳**

承辦單位：台灣急救加護醫學會 台灣神經創傷醫學會

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  (請用正楷填寫) | **身分證字號** | (為恐同名同姓，請務必填寫) |
| **服 務 醫 院** |  | **科別/職稱** |  |
| **聯 絡 住 址** | □□□ |
| **E-mail** |  |
| **收 據 抬 頭** | 單位(請書明)： |
| **連 絡 電 話** | (O)： 轉 手機： |
| **繳費日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 繳費金額：\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 七學會之一會員：**3500元** \*未註明會員編號視為非會員\* 神經創傷醫學會:  急救加護醫學會: 重症醫學會: 胸腔暨重症加護醫學會:  外科醫學會: 　　 麻醉醫學會: 心臟學會: 　　　　 非七學會會員：**4500元**費用含：茶水、QRcode講義、午餐□葷 □素 □不用餐 |
| **繳費方式：*** ATM轉帳國泰世華銀行 (代碼013)
* 臨櫃匯款國泰世華銀行

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課程 | ATM轉入截止日 | 帳號共14碼 |
| 3/30聯甄 | 3/27 | 5 | 5 | 2 | 9 | 0 | 3 | 2 | 7 | 輸入學員身分證號後6碼(請填寫： 身分證號後6碼 ) |

 |

**＊填妥報名表後，請**：

(1) e-mail：seccm2014@gmail.com；主旨請註明：參加者姓名及課程日期

(2)或傳真：02-23114618至學會(隨即電話02-23114573確認)

**＊或**利用https://goo.gl/je9uGX 線上報名系統操作(或掃描QRcode)亦可報名