**台灣傷口照護學會第二屆傷口魔術師 報名表**

填表日期：　 年　 月　 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 參選組別 | □醫師組 □醫事暨護理組 | | | |
| 姓 名 |  | 身份證字號 |  | |
| 服務單位 |  | 職 稱 |  | |
| 會員號碼 |  | 電話/手機 | Ｏ：  Ｈ： | |
| 電子郵件 |  | | | |
| 通訊地址 |  | | | |
| 學 歷 |  | | | |
| 專業證書 |  | | | |
| 經 歷 |  | | | |
| 報名方式 | 報名表、案例報告摘要、在職證明、相關證明文件(畢業證書、專業證書)。  **※以上文件檔案請寄至學會信箱：**[**2016tswc@gmail.com**](mailto:2016tswc@gmail.com) | | | |
| 聯絡方式 | 1. 聯絡電話：02-23123456分機65642 | | | |
| 備註 | 1.本表各欄資料請務必以正楷詳細填寫，以免書寫不明致影響審查作業。  2.本表格如有填寫不實，經發現則取消錄用資格。  3.收件截止日：**111年01月31日**  4.預計**111年02月25日**前公告入選名單於台灣傷口照護學會網站。 | | | |
| 秘書處審核(請勿勾選) | | | | | |
| □有效會員(今年度會費是否繳交)　　□在職證明　　□相關證明文件　　□案件報告摘要 | | | | |