『認識伊比力斯（癲癇）教育研習課程』

演 講 申 請 表

|  |  |
| --- | --- |
| 單位名稱 |  |
| 單位地址 |  |
| 聯絡人姓名 |  | 單位 |  | 職稱 |  |
| 聯絡電話 |  | 行動電話 |  | 如更換承辦人請您主動通知協會，以免課程安排開天窗，造成資源浪費。 |
| 聯絡人E-mail |  |
| 演講時間 | 日期： 年 月 日 （星期 ） |
| 時間： 時 分 至 時 分 |
| 只限申請上午10點以後的時段，下午時段成功機率比較高喔！ |
| 演講地點 |  |
| 聽講對象 | □ 教師 □教職員工 □校護 □ 社工 □學生 □家長□其他  |
| 出席人數 |  人（需30位以上） |
| 索取衛教單張 |  份 |
| 單位可用設備（演講需要） | □ 投影機 □ 電腦or notebook □ 其他  |
| 備註 |  |

請將您的申請表回傳至協會衛教組：

* 1. 傳真：02-28713557

2. E-mail: ceat@childepi.org.tw

3.郵寄：台北市北投區石牌路二段201號兒童神經外科 台灣兒童伊比力斯協會收

4.協會聯絡電話：02-28712121 ext. 3156 林社工