

電腦編號:

新北市 104 年度糖尿病共同照護網醫事人員認證「專業知識」課程電腦考試報名表

請勾選場次	<input type="checkbox"/> 1040515 第 1 場	<input type="checkbox"/> 1040516 第 3 場	<input type="checkbox"/> 1040516 第 5 場
	<input type="checkbox"/> 1040515 第 2 場	<input type="checkbox"/> 1040516 第 4 場	

※勾選場次請與本局網站線上報名場次相同，否則將以網站線上報名為主。

姓 名		性 別		
出生日期	年 月 日	身分證字號		
聯絡住址	郵遞區號：			
聯絡電話	公司： 行動：			
執業機構 名稱		科 別	執業機構所在地(請填 縣市)	
畢業學校			專業證照證書號	
報考類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 藥理			
備註	(身心障礙考生或其他特殊情事需予協助者，請註明，以便事前作安排) 協助內容：			
報考人簽章		填表日期	年 月 日	
報考資料 核對	<input type="checkbox"/> 報名表 <input type="checkbox"/> 黏貼身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 畢業證書影本 <input type="checkbox"/> 專業證照影本 <input type="checkbox"/> 執業執照影本		資格審查	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過

請黏貼身分證正面	請黏貼身分證反面