



# 『認識伊比力斯(癲癇)教育研習課程/講座』

## 課 程 申 請 表

學校名稱					
學校地址					
聯絡人姓名		單位		職稱	
聯絡人電話(公)		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	<input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> 職員工 <input type="checkbox"/> 校護 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 社區民眾 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 投影機 <input type="checkbox"/> 電腦 or notebook <input type="checkbox"/> 音響或外接喇叭 <input type="checkbox"/> 簡報筆 <input type="checkbox"/> 麥克風 <input type="checkbox"/> 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](mailto: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