**2023年失智症照護師認證考試報名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2吋相片浮貼處  相片須為6個月內，背面請寫上  身分證字號及姓名 | | 中文姓名 | |  |
| 護照英文姓名 | |  |
| 身分證字號 | |  |
| 出生年月日 | |  |
| 性別: | | 聯絡手機 | |  |
| 緊急連絡方式(親友) | | 聯絡人： 電話： | | |
| E-Mail | |  | | |
| 聯絡地址  (請填寫5碼郵遞區號) | |  | | |
| 報考科目 | | □失智症照護實務 □失智症照護整合服務  報名費：單科800元，兩科1600元 | | |
| 報名費繳款證明影本浮貼處 | | | | |
| 准考證號碼  (本會填寫) |  | | **※除填寫紙本報名表外，並須完成線上報名，若資料有不同之處，以紙本資料為準** | |

 **報考人親自簽章：**

社團法人大臺南熱蘭遮失智症協會

70164臺南市東區東門路二段297號8樓之1

電話：06-2083001 E-mail：[zda2004a@gmail.com](mailto:zda2004a@gmail.com)