**2020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 |  |
| 英文姓名 |  |
| 身分證字號 |  |
| 出生年月日 |  |
| 性別：□男、□女 | 聯絡電話 |  |
| 緊急連絡方式(親友) | 聯絡人： 電話： |
| E-Mail  |  |
| 聯絡地址(請填寫郵遞區號) |  |
| 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

70449臺南市北區富北街80號之4五樓

電話：06-2083001 E-mail：zda2004a@gmail.com