



中國醫藥大學推廣教育中心報名表

日期：____年____月____日

班 別		期 別		一寸照片 黏貼一張 浮貼二張
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
英文名字 (英文證書專用)		E-mail		
出生日期	年 月 日	身分證字號		
最高學歷		畢業	證書字號	醫 牙 字 第 號 藥 生
通訊地址	() 郵遞區號			
聯絡電話	(公) 傳真：	(私) 手機：		
服務單位		有興趣 之課程	<input type="checkbox"/> 學分班系列 <input type="checkbox"/> 隨班附讀 <input type="checkbox"/> 專業系列 <input type="checkbox"/> 語言系列 <input type="checkbox"/> 證照系列 <input type="checkbox"/> 冬/夏令營 <input type="checkbox"/> 健康養生系列 <input type="checkbox"/> 生活藝能系列	
身分證影本 正面黏貼處		身分證影本 反面黏貼處		
資訊來源	<input type="checkbox"/> 網站 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 寄發之簡章 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 雜誌 <input type="checkbox"/> 舊生 <input type="checkbox"/> 報紙：【 】聯合 【 】自由 【 】中國 <input type="checkbox"/> 其他			
身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 教職員生(含附設醫院員工) <input type="checkbox"/> 校友 <input type="checkbox"/> 舊生 <input type="checkbox"/> 團體報名			
團體優惠	三人(含)以上 <u>同時報名</u> 者，學費九折優惠(團體報名者請務必填寫)，與_____等人同時報名。			
學費	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥 新台幣_____萬_____千_____百_____拾_____元整			
建議開設 課程內容	1. _____ 2. _____			

*填寫完畢後，請以掛號方式寄至中國醫藥大學推廣教育中心(台中市北區404學士路91號)

聯絡電話：04-22054326 傳真：04-22035557

**本人_____已閱讀完本梯次招生簡章相關說明，並確認無誤。