**報名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 選填課程名稱 | **□11/16(六),17(日)** **動作系統的功能病理學：肌肉失衡理論與治療****□12/21(六),22(日)** **動作系統損傷之動作模式矯正與功能訓練** |
| 中文姓名與身分別 | 姓名:□物理治療師□中醫師□西醫師 |
| 身份證字號（學分認證用） |  | 服務單位 |   |
| 手 機 |  | 聯絡電話 |  |
| 通訊地址 | □□□-□□ |
| e-mail |  |
| 匯款與附言 | □一堂9,000元□兩堂18,000元附言 末五碼: | 收據抬頭（請務必填寫） | □個人抬頭□執業機構抬頭：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |
| --- |
|  繳費方式:匯款或轉帳 **臺灣企銀(050) 土城分行** 戶名：舜復健康事業有限公司 帳戶:142 12 17635 5 回覆舜復e-mail：sfhealth2012@gmail.com |

 |