**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 | | | | | | |