**台灣臨床失智症學會　繼續教育課程學分申請表**

附件一

活動主題：

主辦單位：

協辦單位：

贊助單位：

日期：　　年　　月　　日（星期　　）時間：　　　　～

時數： 　 小時

地點：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（含詳細地址、電話）

演講者：

申請單位：

聯 絡 人：

電 話：　　　　　　 （務必填寫）

傳 真：　　　　　　 （務必填寫）

申請日期：　　　年　　月　 日

審核意見：

□認可時數　　　　小時，給予B類一般課程學分 分

□請補送資料： 後，重新填表寄回再審

□不予認可，理由：

審核委員簽名：

日期：

註：

1. 請於活動舉行**前兩週**提出申請，本表上半部由申請單位填妥，以電子檔E-Mail至本會祕書處(tds20061015@gmail.com)。經認可後，由學會E-Mail回覆申請單位。
2. 請附**課程表**、**演講者簡歷**及**課程摘要**。
3. 收到回覆E-Mail後，由秘書處寄發**簽到表**。
4. 活動結束後，主辦單位應於兩週內將參加者**簽名表正本**寄回學會秘書處。

 地址：(236)新北市土城區金城路二段6號

 新北市立土城醫院神經內科 台灣臨床失智症學會 秘書處