**旅遊醫學團體衛教申請表**

 申請日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人： | 聯絡電話： |
| 電子信箱： |

1. **行程資料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 團體名稱 |  | 人數 |  |
| 目的地 | (詳細行程請列附件) |
| 此行目的 | □旅遊觀光□留學 | □工作□探親 | □志工服務□宗教 | □其他 |
| 特殊活動  | （如雪地活動、潛水、登山……等） |
| 出國日期 |  | 回國日期 |  |

1. **請勾選看診及衛教時段**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 週一 | 週二 | 週三 | 週四 | 週五 | 週六 |
| 上午 |  |  |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |  | 休診 |

1. **預約者名單(請提供身分證、生日、姓名)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 | 身分證號 | 生日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**申請表填好請E-mail至D1100@cch.org.tw****並電話聯繫**

**聯絡電話：04-7238595轉3264**