

_____年 台灣神經生理技術學會技師認證換照申請表

腦電波

電神經生理

神經超音波

證書號碼：_____

證書效期：_____

身分證字號										出生日期	年	月	日	相片浮貼處
姓名										性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女			
(以下各欄請填寫可確實通知之通訊方式)														黏於]相片浮貼處 〔 ※考生2吋相片一張 相片黏貼處
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									電話	()			
										手機				
E-mail														
服務機構										主管簽章				
工作年限 (與神經檢查相關)														
附件	<input type="checkbox"/> 1.執業證書影本或職員證影本 <input type="checkbox"/> 2.教育學分證明影本													
身分證正面影本黏貼處 (超出格線部分請沿外框線往內摺齊) ※注意※ 影本需清晰，否則不受理換照。										黏貼郵政劃撥儲金特戶存款收據 (郵政劃撥戶名:台灣神經生理技術學會 郵政劃撥帳號:19726377 劃撥金額:新台幣 1000 元)				

證書持有人簽名：_____

(證書持有人須親自簽名)

申請日期： 年 月 日

PS：請於11月30日前備妥資料，郵寄至
 202 基隆市中正區新豐街296號14樓
 台灣神經生理技術學會秘書處 陳屹寬 收

持續受教育表格

姓名：_____

証書號：_____

課程名稱	日期	地點	題目	主辦單位	研習時數 (一小時為 一單位)

本人如提供不實資料，將導致執照暫停或撤照處分。表格若不敷使用請自行複印。

_____ (申請人簽章) _____ (日期)