|  |  |
| --- | --- |
| **准考證號碼** | ※試務中心填寫 |

**2020年第五屆國際專業失智症照護認證考試報名表（第一階段筆試）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中文姓名 |  | | | 性別 | |
| 英文拼音 |  | | | □ 男 □ 女 | |
| 身分證字號 |  | | | | |
| 出生年月日 | 西元 年 月 日 | | | | |
| 報考區分 | □初次報考 □再次報考 | | | | |
| 報考科目 | □基礎 | □總論 | □各論 | | □社會資源 |
| 緊急聯絡電話 | ※稱謂／姓名 | | | 用於緊急情況時聯絡親屬，請勿填寫自己的行動電話號碼。 | |

-------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 聯絡地址 |  |
| E-mail |  |
| 聯絡電話 |  |

* 除了紙本報名表須填寫外，敬請務必填寫線上報名表，兩邊資訊必須相同，若有不同之處，將以紙本報名表所填寫之資料為主。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **報名費繳款資訊**  ◆ 請擇一勾選：  □ 報考1科（700元）  □ 報考2科（1,400元）  □ 報考3科（2,100元）  □ 報考4科（2,800元）  無法確認繳款情況時，恕不受理報名申請。  ◆ 繳款帳號後5碼：  （核對入帳資料用，臨櫃匯款者請填寫報名者姓名）◆ 繳款日期：2020年 月 日 |  | **報名資格證明文件**  ◆ 請擇一勾選：  □ 醫事人員  □ 照顧服務員  □ 長照人員  □ 相關科系畢業生或學生  ◆ 請擇一勾選（未滿三年者則無須勾選）：  □ 已於 年度繳交實務經驗證明書  □ 初次繳交實務經驗證明書  ◆ 其它文件： （無則免填） |

上述資料相關文件，限用於申請2020年第五屆國際專業失智症照護認證考試（第一階段）。

簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020年 月 日