

社團法人台灣老年精神醫學會 專科醫師繼續教育課程認定申請表

時間：_____

地點：_____

主題：_____

演講者：_____

主持人：_____

時數：_____小時

主辦單位：

申請單位：_____

聯絡人：_____

電話：_____（務必填寫）

傳真：_____（務必填寫）

申請日期：_____

審核意見：

認可，老年精神醫學，給予積分_____單位

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.請於活動舉行一個月前提出申請，本表上半部由申請單位填妥並附上節目表(課程表)。

經審核後，本會會告知審核結果。

2.活動結束後，主辦單位應於一週月內將參加者簽名表正本寄回學會秘書處。