



『認識伊比力斯（癲癇）教育課程』演講

幼稚園、國小、國中、高中、大專院校
一般社會大眾、企業、公司團體

申 請 表

單位名稱（學校）					
單位地址（學校）					
聯絡人姓名		單位		職稱	
聯絡電話	1. 2.	行動 電話		傳真	
聯絡人 E-mail					
演講時間	日期： 年 月 日（星期 ）				
	時段： <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午				
	時間： 時 分至 時 分				
演講地點					
參加者 （可複選）					
出席人數	_____ 人（預估）				
索取衛教單張	_____ 份				
單位（學校） 可用設備 （演講需要）	<input type="checkbox"/> 投影機 <input type="checkbox"/> 電腦 or notebook <input type="checkbox"/> 其他_____				
備註					

請將您的申請表回傳至協會秘書處：

1. 傳真：02-28713557

2. e-mail: ceat@childepi.org.tw

3. 郵寄：台北市北投區石牌路二段 201 號兒童神經外科 台灣兒童伊比力斯協會收

4. 協會聯絡電話：02-28712121 ext. 3156 林小姐