**生理回饋工作坊（開課序號:**00705001**）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 林曉君 | | | | 性別 | | | | | | | 女 |
| 身分證字號 | O200193926 | | | | 出生年月日 | | | | | | | 1978/1/23 |
| 教育程度 | 大學 | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | 公: 03-5506616. 03-5797028  私:  手機:975337521 | | | | 傳真號碼 | | |  | | | | |
| E - mail | | | Hn85275522@gmail.com | | | | |
| 公務人員學習登錄 | | | | | □是 □否 | | |
| 住 址 | 新竹市光復路一段71巷2號6樓 | | | | | | | | | | | |
| 報名身分 | 其他4000元 | | | 收據抬頭 | | | 🞏不需要  🞏需要 收據抬頭： 居禮股份有限公司 | | | | | |
| 午 餐 | 🞏不需要  🞏需要：🞏葷 /🞏素 (請勾選) | | | 請假公文 | | | 🞏不需要  🞏需要 (🞏郵寄 🞏電子郵件) | | | | | |
| 生理回饋經驗 | 🞏初學者：沒有經驗  🞏入門者：有操作經驗但不熟  🞏熟練者：已應用在臨床實務，例如：🞏精神科　🞏復健科　🞏家醫科　🞏健檢  　　　　　🞏臨床心理中心 🞏小兒科/心智科　🞏其他\_＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | | | | | | | | |
| 對課程的  期待 | (請具體說明，以利講師調整授課內容) | | | | | | | | | | | |
| 推廣學號 |  | | 承辦人簽 章 | | |  | | | 收費簽章 | |  | |
| 日期 / 費用 |  |  |
| 備註 | 退費依本校推廣教育退費規定辦理，洽詢電話：（07）312-1101轉2270 | | | | | | | | | | | |