

亞洲大學附屬醫院暨愛相髓脊椎神經病變關懷協會

外科醫學教育營 報名表

亞洲大學附屬醫院暨愛相髓脊椎神經病變關懷協會			
外科醫學教育營 參加通知書			
姓名		就讀學校及年級	
身分證字號		連絡地址	
性別		手機	
生日		E-mail	
電話		葷/素	
監護人		特殊疾病	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否
監護人電話		監護人關係	
緊急聯絡人		緊急聯絡人電話	

家長同意書

茲同意子弟_____

參加 111 年亞洲大學附屬醫院暨愛相髓脊椎神經病變關懷協會醫學教育營並接受輔導並遵守團體記錄，如因不守規定或不接受輔導而發生意外，將自行負責。

(請參加同學務必告知家人活動的相關資訊與參加的時間及地點，讓家人放心)

家長簽章_____民國____年____月____日