



中華民國醫事放射學會

2019 年第一屆全國實證醫學文獻查證競賽

報名表

參賽單位 (請詳填)	醫院				
聯絡人	先生/小姐		電話	(o) _____ (m) _____	
組長姓名		科 別		用 餐	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
職 稱		電話/分機	(o) _____ (m) _____	E-mail (重要聯絡)	請正楷書寫
參賽組員名單(不包含組長)					
A 組	姓名	服務單位	職稱	聯絡電話/ 分機	用 餐
1.					<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
2.					<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
3.					<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
4.					<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
5.					<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
*若組員名單不敷使用請自行增加列數					
注意事項					
1. 報名期限：108 年 8 月 30 日(五)上午 12：00。請在期限前填妥報名表電郵寄本會信箱。 Tel: 02-25505181~2；E-mail: service@twsrc.org.tw					
2. 報名確認：報名表寄出後會發出確認信。若無收到確認信請來電洽詢：					
3. 參賽組長聯絡資訊請確實填寫，競賽相關資訊將告知組長為主。					
4. 參加報名需同意：「中華民國醫事放射學會第一屆全國實證醫學(EBM)競賽活動辦法」之規定提出參賽申請，並同意大會運用該案所有參賽資料做為攝影、數位媒體播放、出版及各項宣傳教育、學術研究等活動推廣用途，並配合中華民國醫事放射學會推廣 EBM 活動。					
5. 繳費帳號：劃撥帳號 01105587 戶名：中華民國醫事放射學會					

