

_____年 台灣神經生理技術學會技師認證換照申請表

☐腦電波

☐電神經生理

☐神經超音波

證書號碼：_____

證書效期：_____

身分證字號											出生日期	年	月	日	相片浮貼處	
姓名											性 別	☐ 1. 男 ☐ 2. 女				
(以下各欄請填寫可確實通知之通訊方式)															※考生2吋相片一張 黏於〔相片浮貼處〕 相片黏貼處	
通訊地址	☐ ☐ ☐										電話	()				
											手機					
E-mail																
服務機構											主管簽章					
工作年限 (與神經檢查相關)																
附件	☐ 1. 執業證書影本或職員證影本 ☐ 2. 教育學分證明影本															
身分證正面影本黏貼處 (超出格線部分請沿外框線往內摺齊) ※注意※ 影本需清晰，否則不受理換照。											黏貼郵政劃撥儲金特戶存款收據 (郵政劃撥戶名:台灣神經生理技術學會 郵政劃撥帳號:19726377 銀行轉帳：第一銀行 007 永春分行 帳號：157-10-058265 匯款金額：新台幣 1000 元)					

證書持有人簽名：_____

(證書持有人須親自簽名)

申請日期： 年 月 日

PS：請於11月30日前備妥資料，郵寄至
 200 基隆市仁愛區仁一路145號2樓
 台灣神經生理技術學會秘書處 陳屹寬 收

持續受教育表格

姓名：_____

証書號：_____

課程名稱	日期	地點	題目	主辦單位	研習時數 (一小時為 一單位)

本人如提供不實資料，將導致執照暫停或撤照處分。表格若不敷使用請自行複印。

_____ (申請人簽章) _____ (日期)