

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

個人上課證明申請書

日期： 年 月 日

申請者姓名	
身分證字號	
連絡電話	
查詢起迄日期	西元 年 月 日～ 年 月 日
查詢期間之 任職機構 (欄位不足請 另紙填寫)	
E-mail信箱(務必填寫)	
申 請 切 結	
本人向醫策會申請相關課程之上課記錄證明，申請書所填寫之資料均為屬實，如有不實或假冒之情事，願負法律責任。	
<u>申請人簽章</u> ：	
中華民國 年 月 日	

※備註

1. 僅提供申請 2011 年 7 月以前個人上課時數之用，2011 年 7 月以後上課記錄請使用系統進行查詢（網址：http://attend.tjcha.org.tw/activity/event_reg_hours_list.php）。
2. 本申請書概以紙本正本申請，本會收函後，將以 E-mail 回覆申請資料。
申請書郵寄地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓 資訊 收
連絡電話：02-89643000