

# 東元醫院旅遊醫學團體衛教申請表

申請日期： 年 月 日

申請單位		申請人		職稱	
電子信箱			傳真號碼：	連絡電話： (手機)	

## 一、 行程資料

團體名稱			人數	共_____人 (包含 65 歲以上_____人) 懷孕婦女 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
目的地* (詳細行程請列附件)	(含國家與城市，可用中英文，例如印度孟買(India, Mumbai))				
旅行方式	<input type="checkbox"/> 自助背包客	<input type="checkbox"/> 半自助	<input type="checkbox"/> 團體旅遊 _____旅行社		
此行目的 (可複選)	<input type="checkbox"/> 觀光 <input type="checkbox"/> 留學	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 探訪親友	<input type="checkbox"/> 志工服務 <input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 其他:	
出國日期			回國日期 (或預計停留天數)		
特殊活動	(如雪地活動、潛水、動物接觸··等)				
詳細行程	可將路線、地圖、內容、交通工具等列於附件				

## 二、 衛教時段

團體可配合日期	_____年_____月_____日~_____年_____月_____日				
*請至少選擇三個時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

申請表填好以傳真的方式提出申請

電話:03-5527000-1396 張立縈護理師、FAX:03-5512558