



臨床肌能訊息學會

Clinical Information Technology Association

課程報名表

姓名 (中文) _____ (英文) _____
身份證號碼: _____ () 性別: 男 / 女
出生日期: ____日 ____月 ____年 職業: _____
電郵: _____
聯絡電話: (日) _____ (夜/手提) _____
傳真: _____

通訊地址 _____

學歷及其他專業資格: (由最近期開始填寫)

由 (月/年) 至 (月/年)	學校/學院名稱	證書類別

報讀課程: CIT Level 1 ____年 ____月
CIT Level 2 ____年 ____月
CIT Level 3 ____年 ____月

學費: _____ 介紹人: _____

學生簽名: _____

付款方法 (若以支票繳付學費, 抬頭請寫: 新冠集團有限公司 Newcon Holdings Limited)

注意事項:

1. 課程一經報讀, 無論學員有否出席課堂, 學費恕不退回。
2. 已報讀之課程不得轉讓予別人。
3. 課程安排及取錄名單, 學會保留最終之決定權。
4. 如開班人數不足, 學會有權延遲開學日期或取消課程, 不作任何額外賠償。
5. 學會有權更改課程有關之一切安排, 而不作另行通知。

FOR OFFICIAL USE ONLY

CHEQUE CASH VISA
 EB ID COPY EPS

Operation Staff Signature

Date