**實證醫學中心 轉譯組諮詢預約單**

填表日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **基本資料** |  |
| 申請人姓名：單位：職稱：聯絡電話： 電子信箱： |
| **諮詢內容**開課日期： 年 月 日申請課程：🞎 實證照護指引制定訓練班🞎 實證實踐訓練班🞎 臨床指引實踐工作坊🞎 醫病共享決策實踐工作坊預期學習時數： 小時臨床應用諮詢：🞎 實證轉譯策略之擬定 |
| 申請目的： |
| 預期學習內容： |
| **備註：** |

填妥諮詢預約單後請mail至實證醫學中心信箱d2-ebm@vghtpe.gov.tw，謝謝。