|  |  |
| --- | --- |
| 105年度健康體位管理計畫意願調查表 | |
| 單位名稱： | |
| 地址： | |
| 是否願意參加「105年度健康體位管理計畫」  □是  □否  \*如勾選「是」請協助填寫以下欄位 | |
| 計畫負責人 | 姓名： |
|  | 職稱： |
|  | 電話： |
|  | 傳真： |
|  | 電子郵件： |
| 計畫連絡人 | 姓名： |
|  | 職稱： |
|  | 電話： |
|  | 傳真： |
|  | 電子郵件： |

學校承辦人員： (職章)

★請於3/18(五)前傳真至03-3472411溫小姐，連絡電話：3340935#2512