

|  |
| --- |
| 醫藥行銷師(Medical Representative)認證制度認 證 訓 練 課 程 |
| **參加此課程前，一律應先通過MR認證資格考試。** |

這是對您專業能力再次的肯定，更是未來必然的趨勢，您實在不可不參與！！

時　間：洽TPMMA秘書處或參閱TPMMA網站 (共2天)

地　點：洽TPMMA秘書處或參閱TPMMA網站

 (台北、台中、台南，人數超過30人地區即開訓練課程）

資　格：通過MR認證資格考試者。

報名文件：

1.報名表

2.資格考試通過成績單影本

3.匯款收據影本（審查後資格符合者通知上課，不符者扣除匯款手續費後退費）

4.兩吋個人照片的電子檔(規格同身分證照)E-mail至tpmma@tpmma.org.tw，其他規格恕不處理。

**◎第1～3項請以「紙本」方式郵寄至台灣藥品行銷暨管理協會(10668台北市大安區敦化南路2段128號15樓)，恕不接受其它方式。**

◎所有報名文件請務必齊全，以利報名手績進行，謝謝合作。

報名截止後確認可開班，再另行E-mail通知。

費　　用：每名8,000元(包含講義、餐點、證書、ID卡、徽章......等費用) ；

台灣藥品行銷暨管理協會之個人會員可享8折優惠價(6,400元)；

台灣藥品行銷暨管理協會之團體會員的員工可享8折優惠價(6,400元) ；

台灣藥品行銷暨管理協會之團體會員的員工，同公司團體報名5名(含)以上，

再打9折(5,760元) ，請於匯款單上註明。

匯　　款：**請註明參加認證訓練課程日期、公司名稱、姓名；**

　　　　　銀行／分行：土地銀行／和平分行

　　　　　戶名：台灣藥品行銷暨管理協會

　　　　　帳號：045-001-015-919

台灣藥品行銷暨管理協會(TPMMA)

106台北市大安區敦化南路2段128號15樓

Tel：02-2706-1159Fax：02-2706-2269

E-mail：tpmma@tpmma.org.tw

http:// [www.tpmma.org.tw](http://www.tpmma.org.tw/)



MR認證訓練： 年度　 區（　 年　 月　 日~　 日）

(以下請務必以正楷並完整填寫，以利審查作業進行，謝謝！)

|  |
| --- |
| 醫藥行銷師（Medical Representatives）認證報名表格請自行影印使用訓　練　課　程　報　名　表 |
| 請貼二吋半身脫帽照片一張 | 會員別 | □ TPMMA團體會員□ TPMMA個人會員□ 非會員　　　　　　　　　准考證編號： |
| 姓　　名 | 中文：　　　　　　　　　英文：　　　　　　　　　(※請務必填寫並用正楷) |
| 性　　別 | □男　□女 | 籍　貫 | 　　　　　　省（市）　　　　　　縣（市） |
| 身分證字號 |  | 生日(西元) | 　　　　年　　月　　日 |
| 服務單位 |  | 職稱 |  |
| 公司地址 | □□□ | 電話：（　）傳真：（　） |
| 住家地址 | □□□ | 電話：（　）傳真：（　） |
| e-mail (公) |  | 手機 |  |
| e-mail　(私) |  |
| 學歷／科系 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（請附證明文件影本） |
| 經　　歷（請完整列出Sales/Marketing/Medical Affairs/RA之工作） |
| 公　司　名　稱 | 服　　務　　年　　資 |
|  | 自民國　　年　　月至民國　　年　　月 |
|  | 自民國　　年　　月至民國　　年　　月 |
|  | 自民國　　年　　月至民國　　年　　月 |
| 合　計　年　資 | 　　共　　　　　　年　　　　　月 |
| 聯　絡　人 | 姓名：　　　　　　　　　電話：　　　　　　　傳真：　　　　　　　 |
| 報名費收據抬頭及證照寄送地址 | 抬頭：寄送地址(含3碼郵編)： |
| 餐 點 | □一般 □素食 （請打v選擇） |
| 希望上課地區（請務必填寫） | □台北　　□台中　　□台南　　　　　　　（請依意願填寫序號1.2.3）(依報名順序受理，若第1順位額滿，則併至2.3順位上課) |
| 備　　註 | 需□檢附MR認證考試及格證明 |
| 審查結果 | （由審查單位填寫） |

備註：①審查通過則通知上課；若資格不符者退費。

　　　 ②所有報名文件概不退還。