

 **台灣私立醫療院所協會**
出席回覆單

醫院名稱			
連絡人		連絡電話	E-mail
住址			
參加者	部門/職稱	行動電話	電子信箱
1.			
2.			
3.			
4.			
【備註】			
<p>1. 本活動全程免費。</p> <p>2. 敬請填妥上列表格後，請於將回覆單傳真至 FAX：02-2514-0114 並來電確認 TEL：02-2514-0113 余小姐、黃小姐。俾利事前作業，謝謝您的協助！</p> <p>3. 本次會員大會，為利事前籌備作業，5月30日(五)下午16點截止報名，敬請掌握報名時效。</p> <p>4. 逾期報名或現場報名者請逕至現場辦理報名報到手續。</p> <p>5. 振興醫院活動會場視聽教室內禁止飲食，振興醫院院區內禁菸，敬請參加人配合，謝謝。</p>			

-----✂-----

為廣為服務會員，如蒙惠賜花卉者請於直接匯款至協會帳號，
本次匯款收入將轉為本會活動基金，謝謝！

單位名稱		聯絡人	
聯絡地址		聯絡電話	
收據抬頭			
花款金額	<input type="checkbox"/> 1,500 元	<input type="checkbox"/> 2,000 元	<input type="checkbox"/> 其他_____元
<p>備註：感謝將訂購花卉轉為活動基金款項，請利用 郵政劃撥帳號：14257053 戶名：台灣私立醫療院所協會</p>			
<p>郵政劃撥單黏貼處</p> <p>繳費後，請將劃撥單據黏貼後傳真至協會(02)2514-0114，並請再與協會 TEL：(02)2514-0113 聯繫確認報名資料！謝謝您！</p>			