

# 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.				
<b>【備註】</b> 1. 本活動全程免費。 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！ 3. 本次會員大會，為利事前籌備作業， <b>7月17日(三)截止報名</b> ，敬請掌握報名時效。 4. 逾期報名或現場報名者請逕至現場辦理報名報到手續。 5. 中場休息提供下午茶咖啡、點心。				



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
備註：感謝將訂購花卉轉為活動基金款項，請利用 <b>郵政劃撥帳號：14257053</b> <b>戶名：台灣私立醫療院所協會</b>			
<b>郵政劃撥單黏貼處</b>  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！			