

振興醫院-2018 外傷教育課程
已繳納報名費傳真單

中文姓名：	聯絡電話：									
服務醫院：										
收據抬頭開立：_____										
(若無特別註明者，一律開立參加者姓名，課後將不受理修改。)										
參加梯次										
107 年 04 月 20 日(星期五)；振興醫院-第二第醫療大樓 6 樓 國際會議中心										
報名費(請勾選)										
<table border="1"><thead><tr><th>報名類別</th><th>報名費</th><th>午餐便當 (請勾選葷, 素)</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> 醫師</td><td>800 元</td><td><input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 護理同仁</td><td>800 元</td><td><input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食</td></tr></tbody></table>	報名類別	報名費	午餐便當 (請勾選葷, 素)	<input type="checkbox"/> 醫師	800 元	<input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食	<input type="checkbox"/> 護理同仁	800 元	<input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食	
報名類別	報名費	午餐便當 (請勾選葷, 素)								
<input type="checkbox"/> 醫師	800 元	<input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食								
<input type="checkbox"/> 護理同仁	800 元	<input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食								
繳費收據存單黏貼處										
備註： 1. 報名費：新台幣 800 元。 *以上費用包括餐點。 2. 若醫院統一集體繳費時，請務必註明參加者姓名，以利查詢。 3. 因故不克參加要求退費：請於課程前 7 天來電取消者，退報名費 90%；課程前 3 天退報名費 70%，逾期者及其餘狀況，則不接受辦理退費手續。 4. 請詳細填寫表單上資料及將收據黏貼後，E-mail 方式回傳至本院，如有相關疑問請來電確認。 5. 繳費收據抬頭須另開其他名稱時，請務必於報名時一併備註；無特別註明者，課後將不受理修改。 6. 聯絡方式： *聯絡人：陳思婷小姐。 *電話號碼：02-28264400#2001。 *電子信箱：chf106017@chgh.org.tw。										