

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**— 109 年 05 月 23 日—南部地區(I)；於柳營奇美醫院—一樓大講堂。

**報名費**(請勾選) (若需代訂者，則需多繳納 100 元)

報名類別	報名費	代訂便當 (請勾選葷, 素)
<input type="checkbox"/> 外傷醫學會會員--醫師	1000 元	<input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食, 須另繳 100 元 _____份
<input type="checkbox"/> “非” 外傷醫學會會員--醫師	1,200 元	<input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食, 須另繳 100 元 _____份
<input type="checkbox"/> 護理同仁	一律 600 元	<input type="checkbox"/> 葷 / <input type="checkbox"/> 素食, 須另繳 100 元 _____份

**繳費收據存單黏貼處**

備註：

1.報名費：本會會員：新台幣 1000 元；非會員：新台幣 1,200 元；護理人員：新台幣 600 元。

\*以上費用不包括餐點，若需代訂餐點，則需多繳納 100 元。

\*請務必於線上報名後，七日內完成繳費手續，逾期者則喪失資格；若線上報名時間接近報名截止，請務必於報名截止日前完成繳費。

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.若已完成繳費報名者，若因故須更換場次，僅限更換一次，並須於活動日期前 14 天（含假日）來電告知；逾

期者，將不受理更換。

## 台灣外傷醫學會-2020 外傷教育課程

注意：本傳真單

5.請詳細填寫表單上資料及將收據黏貼於後，以傳真或 e-mail 方式回傳至學會；並於傳真、e

僅限 05/23 場次

**必請至學會網站查詢是否繳費成功，如有未繳納報名費者，恕不退還報名費。**

6.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。

7.聯絡方式：

\*聯 絡 人：顏宇婕 小姐。

\*電話號碼：0978-181-901。

\*電子信箱：fasty2k.act@gmail.com 。