社團法人基隆市藥師公會一○三年度會員自強活動報名表

※為辦理保險等各項作業敬請字跡工整書寫傳真02-24217388或E-mail：[keelung.a99@msa.hinet.net](mailto:keelung.a99@msa.hinet.net?subject=報名103年自強活動)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 生日  (年/月/日) | 身份證字號 | | 行動電話 | 身分別及費用  ( 眷屬請標示關係) | 用餐 | 上車  地點 |
|  |  |  | |  | □會員  □5歲↓子女(直系)  □眷屬  □親朋 | □葷  □素 | □基隆  □台北 |
|  |  |  | |  | □會員  □5歲↓子女(直系)  □眷屬  □親朋 | □葷  □素 | □基隆  □台北 |
|  |  |  | |  | □會員  □5歲↓子女(直系)  □眷屬  □親朋 | □葷  □素 | □基隆  □台北 |
|  |  |  | |  | □會員  □5歲↓子女(直系)  □眷屬  □親朋 | □葷  □素 | □基隆  □台北 |
|  |  |  | |  | □會員  □5歲↓子女(直系)  □眷屬  □親朋 | □葷  □素 | □基隆  □台北 |
| **費用計算** | **①**□會員500元(保證金) × 人 **②**□ 5歲↓子女500元(保證金) × 人  **③**□眷屬500元(報名費) × 人 **④**□親朋800元(報名費) × 人 | | | | | | |
| **應繳費用① ＋ ② ＋ ③ ＋ ④** | | | 共計新台幣 元 | | | | |
| 聯絡人： E-MAIL：  地 址：□□□–□□ | | | | | | | |
| 繳費方式：  □現金：親至公會繳納或現金袋（到會前請先以電話查詢，以免途勞返往）  □轉帳：基隆一信忠二路分社 代碼114 帳號：0042-20-030103-8 轉帳帳號末五碼： | | | | | | | |
| 報名者均已了解個資法相關規範，並同意基隆市藥師公會合理範圍內使用個人資料。 | | | | | | | |

※報名表不敷使用時，請自行影印或至本會網站下載※