社團法人基隆市藥師公會107年度會員自強活動報名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 生日  (年/月/日) | 身份證字號 | 行動電話 | 身分別及費用  (眷屬、親朋請標示關係) | | 用餐 | 上車  地點 |
|  |  |  |  | ①□會 員 ②□5歲↓  ③□眷 屬 ④□親 朋 | | □ 葷  □ 素 | □ 基隆  □ 台北 |
|  |  |  |  | ①□會 員 ②□5歲↓  ③□眷 屬 ④□親 朋 | | □ 葷  □ 素 | □ 基隆  □ 台北 |
|  |  |  |  | ①□會 員 ②□5歲↓  ③□眷 屬 ④□親 朋 | | □ 葷  □ 素 | □ 基隆  □ 台北 |
|  |  |  |  | ①□會 員 ②□5歲↓  ③□眷 屬 ④□親 朋 | | □ 葷  □ 素 | □ 基隆  □ 台北 |
|  |  |  |  | ①□會 員 ②□5歲↓  ③□眷 屬 ④□親 朋 | | □ 葷  □ 素 | □ 基隆  □ 台北 |
| **費用計算** | **①**□會 員　500元(保證金) × 人  **②**□5歲↓　500元(保證金) × 人  **③**□眷 屬　500元(報名費) × 人  **④**□親 朋 1000元(報名費) × 人 | | **應繳費用① + ② + ③ + ④** | | 共計新台幣 元 | | |
| 主要聯絡人： 行動電話：  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：轉帳日期：　　　　　　**您的**轉帳帳號末五碼：  基隆一信忠二路分社 代碼114  帳號：0042-20-030103-8 戶名：社團法人基隆市藥師公會  ※年齡計算方式均以107/10/21當天足歲為準，會員5歲以下子女為102/10/21以後出生~107//10/21)  ※安排同車者，請填寫同張報名表。 | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | |

※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)