

社團法人高雄市牙醫師公會(函)

會址：806 高雄市前鎮區一心二路 21 號 11 樓之 1
電話：(07)335-0350 E-mail：kda.dent@msa.hinet.net
傳真：(07)335-0352 網址：http://www.kdadent.org.tw/

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 107 年 04 月 09 日

發文字號：(107)高市牙富字第 016 號

速 別：普通

附 件：報名表

主 旨：本會謹訂於 107 年 04 月 22 日(日)舉辦「人像攝影」，活動限額 10 名，詳如說明，敬請會員踴躍報名參加。

說 明：一、活動時間：107 年 04 月 22 日(日)

二、集合時間：下午 14：30 (活動時間約 3 小時)

三、集合地點：油廠國小捷運站 4 號出入口(高雄市楠梓區左楠路 6 號)

四、活動內容：※內 容：透過影像的魅力，提高對美的感知，進一步掌握攝影藝術的精隨，提升攝影技術。當日會有一位模特兒，模特兒更換二至三套服裝。

※模特兒：Dora shi

※請參加醫師自備相機(不限相機規格，數位或傳統皆可)

※若模特兒有無法到場的正當理由，主辦單位保留更改模特兒之權利，且不另行通知。

五、報名日期：即日起報名至 04 月 20 日(五)，限額 10 名，報名請從速。恕不接受現場報名。

六、報名費用：本會會員醫師 300 元，眷屬 500 元，因名額有限，為保障會員權益，報名以會員醫師優先(限醫師本人參與，活動當天如非本人出席，不能以眷屬頂替參加)，其次為眷屬。

七、繳費方式：報名表請以正楷填寫，避免因傳真後字跡模糊，造成您的權益受損。劃撥時請務必於通訊欄註明「人像攝影、醫師姓名」，郵政劃撥帳號：04044902，戶名：社團法人高雄市牙醫師公會。

理事長 陳建富

社團法人高雄市牙醫師公會「人像攝影」報名表

醫師姓名：_____ 執業院所：_____ 牙醫診所/醫院

聯絡電話：_____ 行動電話（必填）：_____

NO	身份	姓 名	性別	手機	備註
1					
2					
3					
4					
5					

活動時間：107 年 04 月 22 日(日)

集合時間：下午 14：30（活動時間約 3 小時）

集合地點：油廠國小捷運站 4 號出入口(高雄市楠梓區左楠路 6 號)

報名日期：即日起報名至 04 月 20 日（五），限額 10 名，報名請從速。

身 份 別：A. 本會會員：300 元。

B. 眷屬：500 元。

因名額有限，為保障會員權益，報名以會員醫師優先(限醫師本人參與，活動當天如非本人出席，不能以眷屬頂替參加)，其次為眷屬，敬請配合、見諒。

※劃撥收據黏貼處※

郵政劃撥帳號：「04044902」 戶名：社團法人高雄市牙醫師公會

劃撥時請務必於通訊欄註明：人像攝影、醫師姓名。

公會傳真文件量多，傳真後請務必『當天』來電確認。

電話：(07) 335-0350 傳真：(07) 335-0352