

檔 號：  
保存年限：

# 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：詳如正本受文者

發文日期：中華民國 106 年 03 月 29 日

發文字號：(106)高市牙恒字第 195 號

速 別：普通

附 件：一、贊助明細表

二、「第十一屆中華民國牙醫師盃慢速壘球錦標賽」簡章及報名表乙份

主 旨：本會謹訂於 106 年 09 月 10 日（星期日）假高雄市小港區大坪頂運動公園壘球場舉辦 2017 年『第十一屆中華民國牙醫師盃慢速壘球錦標賽』活動，敬邀 貴會共襄盛舉並踴躍組隊報名參加、贊助禮金禮品，亦請轉知全體會員，詳如說明段，敬請查照。

說 明：一、本會承辦 2017 年『第十一屆中華民國牙醫師盃慢速壘球錦標賽』活動，惠請貴會贊助禮金或禮品，使得活動增添光彩，圓滿成功。

二、上述贊助如蒙惠允，敬請於 106 年 08 月 04 日（五）前填妥附件一—贊助明細表，傳真至本會並請來電確認，以利後續作業進行。本會電話：(07)335-0350，傳真：(07)335-0352，聯絡人：沈小姐。

三、檢附「第十一屆中華民國牙醫師盃慢速壘球錦標賽」簡章及報名表乙份，詳如附件二，惠請周知會員，並於 106 年 05 月 15 日（一）前完成報名手續。

## 理事長 印憶恒

正本受文者：基隆市牙醫師公會、新北市牙醫師公會、台北市牙醫師公會、桃園縣牙醫師公會、新竹縣牙醫師公會、新竹市牙醫師公會、苗栗縣牙醫師公會、台中市牙醫師公會、彰化縣牙醫師公會、南投縣牙醫師公會、雲林縣牙醫師公會、嘉義市牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、台南市牙醫師公會、屏東縣牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、花蓮縣牙醫師公會、台東縣牙醫師公會、澎湖縣牙醫師公會、金門縣牙醫師公會、台中市大台中牙醫師公會。

『第十一屆中華民國牙醫師盃慢速壘球錦標賽』  
贊助明細表

公會別	牙醫師公會
贊助禮金	
贊助禮品	
聯絡人	
聯絡電話	
地址	

上述贊助禮品、禮金請於 08 月 04 日(五)前填妥附件一—贊助明細表，傳真至本會並請來電確認，以利後續作業進行，謝謝。

禮品請郵寄至本會：80652 高雄市前鎮區一心二路 21 號 11 樓之 1

贊助禮金請以郵政劃撥方式匯款，並於劃撥通訊欄上註明「公會別」及「慢速壘球賽贊助款」字樣：

戶名：社團法人高雄市牙醫師公會

劃撥帳號：04044902

# 第十一屆中華民國牙醫師盃慢速壘球錦標賽簡章

- 一、主辦單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
  - 二、承辦單位：社團法人高雄市牙醫師公會
  - 三、協辦單位：高雄市牙醫師公會慢速壘球隊
  - 四、比賽日期：106年09月10日（星期日）全天
  - 五、比賽球場：高雄市小港區大坪頂運動公園壘球場（高雄市小港區高坪50路83號）  
（高坪二十二路向南轉進高坪七路過高坪五十路即見球場）
  - 六、報名費用：報名費每隊新台幣一萬二千元整。
  - 七、報名方式：請即日起傳真報名（恕不接受現場報名），傳真：（07）335-0352，並於報名截止日期106年05月15日（一）前，以劃撥方式繳費。  
**劃撥帳號：04044902 戶名：社團法人高雄市牙醫師公會。**  
※費用請由各縣市公會統一彙整後，一併傳真及匯款至社團法人高雄市牙醫師公會。
  - 八、比賽分組：本次比賽分2組。
    1. 甲組：不限資格/成軍三年以上。
    2. 乙組：不限年紀/成軍三年內隊伍只可報名乙組，上屆乙組冠軍隊可選擇打甲組或乙組。
    3. 保證每隊至少打三場比賽。
  - 九、比賽規則：
    1. 採用中華民國慢速壘球協會2016-2018年慢速壘球規則。
    2. 比賽採用木棒並嚴格要求打擊者配戴打擊頭盔。
    3. 本次比賽規定上場球員須具備牙醫師或牙醫系學生資格（需檢查執業執照或學生證，比賽時牙醫系學生最多只可2位同時上場）。
    4. 限各縣市牙醫師公會或各大醫院牙科組隊。
    5. 各縣市公會之會員得跨他縣市報名，但只限一隊。
- ※比賽附則及其他注意事項請參閱大會秩序冊（比賽前兩周郵寄給各參賽隊伍）；於傍晚時舉辦聯誼餐會及頒獎儀式，用餐地點將另行通知。
- 聯絡人：社團法人高雄市牙醫師公會（07）335-0350 沈小姐。
- 備註：本辦法如有未盡事宜，主辦單位得隨時修正之。

## 第十一屆中華民國牙醫師盃慢速壘球錦標賽報名表

隊 名					
地 址					
隊 長		E-mail			
教 練		聯絡人			
管 理		電 話			
組 別					
職 稱		姓 名	身分證字號	出生年月日	備 註
1	隊長				
2	隊員				
3	隊員				
4	隊員				
5	隊員				
6	隊員				
7	隊員				
8	隊員				
9	隊員				
10	隊員				
11	隊員				
12	隊員				
13	隊員				
14	隊員				
15	隊員				
16	隊員				
17	隊員				
18	隊員				
19	隊員				
20	隊員				
附註：欲出席當天晚上聯誼餐會人數：_____人。 <input type="checkbox"/> 葷：_____人、 <input type="checkbox"/> 素：_____人					

報名截止日期 106 年 05 月 15 日(一)前，將報名費以劃撥方式繳費。

備註：報名表填妥後請傳真及 mail 至高雄市牙醫師公會，並請來電確認，謝謝。

電話：(07) 335-0350 傳真：(07) 335-0352 聯絡人：沈小姐。

電子信箱：kda.dent@msa.hinet.net。