

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 106 年 10 月 16 日

發文字號：(106)高市牙恒字第 339 號

速 別：普通

附 件：報名表

主 旨：為增進會員情誼，本會謹訂於 106 年 11 月 07 日起每星期二舉辦「106 年度高爾夫球訓練營」，敬請會員踴躍報名參加。

說 明：一、訓練營日期：11 月 07 日、14 日、21 日、28 日、
12 月 05 日、12 日、19 日、26 日。

二、訓練營時間：每週二晚上 22 點。

三、報名方式：即日起報名至 **10 月 31 日截止**，請向本會傳真報名，傳真務必當天來電確認。

四、報名人數：限額 20 人(只限會員醫師參加)

五、報名費用：報名費 1000 元/8 堂課(球場費用請自理)。

六、繳費方式：郵政劃撥『帳號：0404 4902』。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：「高爾夫訓練營、醫師姓名」

七、報名方式：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。將劃撥收據粘貼於報名表後傳真至本會：335-0352，傳真後請務必當天來電確認。

八、注意事項：因人數有限，額滿為止，報名順序以匯款及傳真報名表二者皆完成者為優先，已確認報名成功者，恕無法取消報名，費用恕不退還，尚祈見諒。

九、訓練營球場：仁武澄觀園高爾夫俱樂部

地址：高雄市仁武區鳳仁路 100 號

電話：(07)373-6163

106 年『高爾夫球訓練營』

報 名 表

NO	姓 名	出生 年/月/日	連絡電話	行動電話	診所名稱	診所電話	備註
1							
2							
3							
4							
5							

報名日期：即日起報名至 106 年 10 月 31 日（二），名額有限，報名從速。

報名費八堂課 1000 元，當天若未出席者恕不予退款。

報名費用合計：

元整。

※劃撥收據黏貼處※

郵政劃撥帳號：「0404 4902」 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：高爾夫訓練營、醫師姓名。

公會傳真文件量多，傳真後請務必『當天』來電確認

傳真：（07）335-0352 電話：（07）335-0350