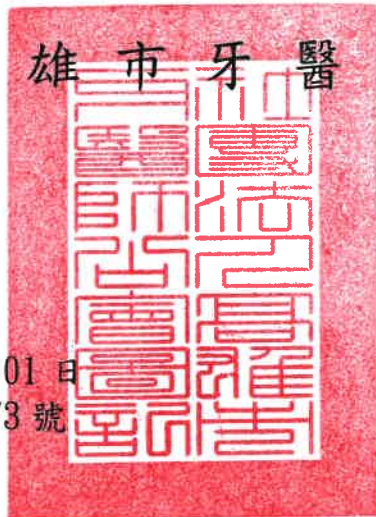


檔 號：
保存年限：

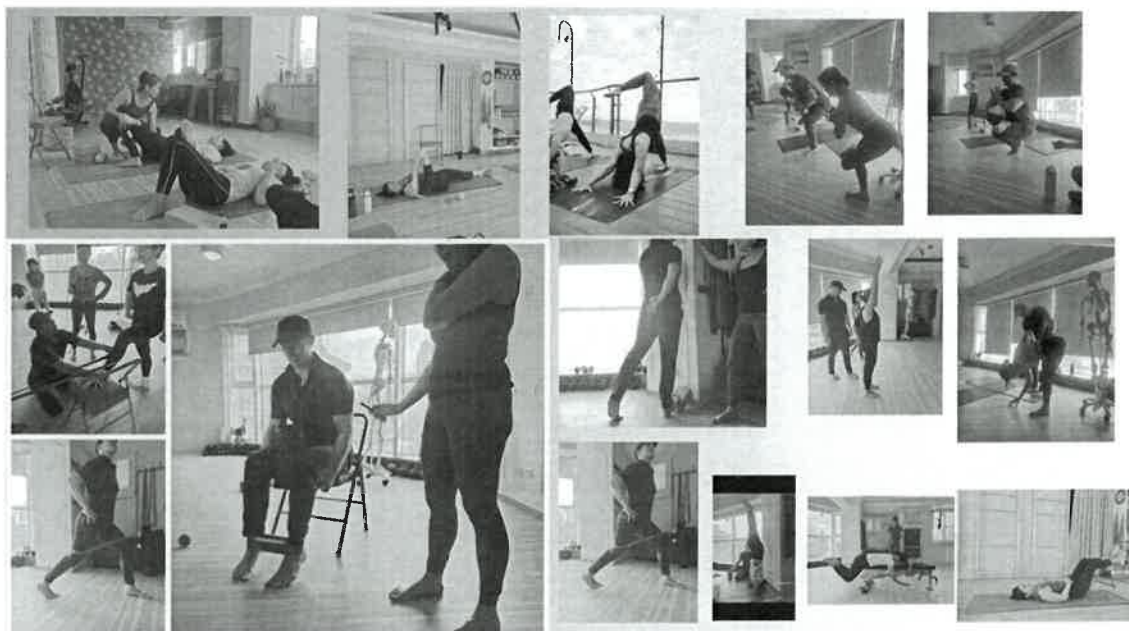
社 團 法 人 高 雄 市 牙 醫 師 公 會 (函)

會址：806 高雄市前鎮區中山二路 91 號 2 樓
電話：(07)335-0350 傳真：(07)335-0352
承辦人：張簡采妮
E-mail：kda.dent@msa.hinet.net
網址 <http://www.kdadent.org.tw/>



受 文 者： 本會會員
發 文 日 期： 中華民國 115 年 04 月 01 日
發 文 字 號： (115)高市牙志字第 173 號
速 別： 普通
附 件： 報名表
主 旨： 本會謹訂於 4/23 起每週四辦理「牙醫師功能瑜珈」課程共十堂，詳如說明。

- 說 明：
- 一、 時間：4/23(四)起至 6/25(四)，每週四下午 15:00~16:00，共十堂。
(4/23、4/30、5/7、5/14、5/21、5/28、6/4、6/11、6/18、6/25)
 - 二、 地點：Limitless Yoga Taiwan 新境無界瑜伽會館
(鼓山區青海路 1 號 5 樓)
 - 三、 報名日期：4/10(五)~4/20(一)，額滿提前截止，場地限額 15 人。
 - 四、 報名費用：**※本會會員 1000 元，非會員 3000 元。**
 - 五、 繳費方式：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「功能瑜珈、醫師姓名」。
 - 六、 注意事項：已報名成功者，活動當天如未出席，恕不退費。



理事長 **李明志**

高雄市牙醫師公會 115.04.23 「牙醫師功能瑜珈」報名表

【醫師執業院所：_____牙醫診所/醫院】

NO	身份	姓名	性別	行動電話(必填)
1	會員 / 非會員		男 / 女	
2	會員 / 非會員		男 / 女	
3	會員 / 非會員		男 / 女	

注意事項：

1. 課程名稱：牙醫師功能瑜珈
 2. 上課日期：4/23、4/30、5/7、5/14、5/21、5/28、6/4、6/11、6/18、6/25，下午 15:00~16:00。
 3. 活動地點：Limitless Yoga Taiwan 新境無界瑜伽會館(鼓山區青海路1號5樓)
 4. 報名費用：本會會員 1000 元、非會員 3000 元。(共 10 堂課)
 5. 報名日期：4/10(五)~4/20(一)，額滿提前截止，場地限額 15 人。
 6. 為維護學員上課品質及尊重老師教學，請提前 10 分鐘抵達報到。
 7. 可自備瑜珈墊、毛巾、水壺，建議穿舒適合身衣物。
- ★已報名成功者，活動當天如未出席，恕不退費。

☆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

劃撥時請於通訊欄註明：【功能瑜珈、醫師姓名】

請將報名表+劃撥收據一併 E-mail 或傳真予公會

並來電確認是否報名成功

電話：3350350 傳真：3350352

E-mail：kda.dent@msa.hinet.net