

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)3350350 傳真：(07)3350352
承辦人：陳怡伶
E-mail：kda.dent@msa.hinet.net
網 址：www.kdadent.org.tw

受 文 者： 本會會員

發 文 日 期： 中華民國 114 年 09 月 11 日

發 文 字 號： (114)高市牙志字第 012 號

速 別： 普通

附 件： 活動簡章、報名表

主 旨： 本會將於 114 年 11 月 09 日舉辦「2025 高雄市牙醫師公會理事長盃羽毛球聯誼賽」，敬請會員醫師共襄盛舉並踴躍組隊報名參加，敬請 查照。

說 明： 一、 活動資訊：

比賽日期：114 年 11 月 09 日(日)

比賽時間：上午 09:00~12:00

比賽地點：亞柏會館(高雄市小港區學府路 113 號)

報名截止日期：114 年 10 月 13 日(一)

二、 敬請於 114 年 10 月 13 日(一)前，將報名表及劃撥收據，傳真或 E-mail 予本會完成報名，俾利作業。

三、 隨函檢附「2025 高雄市牙醫師公會理事長盃羽毛球聯誼賽」之活動簡章、報名表，也可至本會網站自行下載。

正本：本會會員、社團法人屏東縣牙醫師公會、社團法人台南市牙醫師公會

副本：本會秘書處

理事長 **李明志**

2025 高雄市牙醫師公會理事長盃羽毛球聯誼邀請賽 活動簡章

- 一、活動名稱：2025 高雄市牙醫師公會理事長盃羽毛球聯誼邀請賽
- 二、活動宗旨：倡導正當休閒活動，藉以提升牙醫師身心健康，並促進與其他類別醫事同儕之交流。
- 三、主辦單位：高雄市牙醫師公會
- 四、協辦單位：台南市牙醫師公會、屏東縣牙醫師公會
- 五、比賽日期：114 年 11 月 09 日(日)上午 9 點至中午 12 點
- 六、比賽地點：亞柏會館(高雄市小港區學府路 113 號)
- 七、報名截止：114 年 10 月 13 日(一)
- 八、抽籤日期：114 年 10 月 17 日(五)中午 12 點於高雄市牙醫師公會抽籤
- 九、比賽用球：YONEX 或 VICTOR
- 十、比賽組別

◎個人賽:

- 1.牙醫師公開組雙打：身份限牙醫師或醫師，不限性別。
- 2.高雄市會員青年組：限高市牙醫師公會會員及直系親屬配偶(限 45 歲以下)
- 3.高雄市會員壯年組：限高市牙醫師公會會員及直系親屬配偶(限 45 歲以上)，女性球員不限年紀。
- 4.高雄市會員混雙組:限高市牙醫師公會會員及直系親屬配偶，其中一位須為女性球員。
- 5.親子組：限牙醫師公會會員或直系子女，或牙醫師直系子女組隊雙打。
(子女皆限 14 歲含以下)

***註：各項報名達四組以上才舉行。**

十一、賽制規則:

(一) 個人賽:

1. 由各公會會員醫師自由組隊報名。
*年齡計算 114 年—中華民國出生年；例如 114-71=43 歲
2. 比賽採落地得分制，每局 25 分不加分，13 分交換場地，先得點者勝。
3. 賽制採循環賽或淘汰賽，將視參賽隊數決定。
4. 若採循環賽，排名依積分，算法如下:
 - A、 勝一場得 2 分，敗一場得 1 分，棄權得 0 分，積分多者為勝。
 - B、 兩隊積分相等，勝者為勝。
 - C、 若三隊以上積分相同者，以積分相等之相關隊伍，依下列順序判定:
 - a、(總勝分和)-(總負分和)之差，大者為勝。
 - b、若再相等，則由大會或裁判長抽籤之。

十二、獎勵:

1. 凡報名參賽者皆有參加禮(1人1份，於報到時發給，現場未領取事後不補發)。
2. 優勝者由大會頒發「獎盃」及「獎品」，各組取冠、亞、季軍。

十三、參加資格:

牙醫師公會會員與會員之直系眷屬、配偶。

十四、報名方式:

1. 本會會員請自行填寫報名表並將劃撥收據一同傳真/E-mail至本會。
2. 請外縣市醫師會員向所屬公會報名，由各公會統整後再向本會報名，逾期或個別報名者恕不受理。

十五、報名費:

1. 牙醫師公會會員:每人每組 100 元
2. 牙醫師公會會員之眷屬/配偶:每人每組 200 元。
3. 外縣市醫師報名費用請由所屬公會彙整後，再郵政劃撥至高雄市牙醫師公會

◆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

◆請將報名表+劃撥收據一同傳真/E-mail至本會, 並來電確認才算報名成功

十六、比賽規定:

1. 有關球員之資格抗議，應以雙方提出比賽名單時至比賽前提出方有效，若抗議屬實，取消該點參賽權，該隊應放棄抗辯權。
2. 參賽選手須帶國民身份證或相關證明文件備驗俾抗議時由大會審查，否則視同棄權。
3. 各項抗議須以各方提出抗議十分鐘內提出說明，逾時視為棄權，以利賽程進行。
4. 比賽隊伍請於賽前十分鐘向大會報到，提出出場比賽順序表，如逾時五分鐘(依球場掛鐘為主)未到者以棄權論。
5. 凡冒名頂替出賽者，取消該隊全部比賽。
6. 不服從裁判長、裁判之判決極不遵守條例規定者，取消比賽資格。
7. 請參賽人員斟酌身體狀況，如有不適，請勿勉強參賽。

本規程如有未盡事宜，得由大會隨時修正公告之

114 年高雄市牙醫師公會理事長盃羽毛球聯誼邀請賽報名表

公會	高雄市 / 台南市 / 屏東縣 牙醫師公會				聯絡人	
類別	身分	姓名	(民國) 出生年月日	身分證字號	行動電話	*組別
個人組	A		/ /			<input type="checkbox"/> 公開組 <input type="checkbox"/> 高市青年組 <input type="checkbox"/> 高市壯年組 <input type="checkbox"/> 高市混雙組 <input type="checkbox"/> 親子組
			/ /			
個人組	A		/ /			<input type="checkbox"/> 公開組 <input type="checkbox"/> 高市青年組 <input type="checkbox"/> 高市壯年組 <input type="checkbox"/> 高市混雙組 <input type="checkbox"/> 親子組
			/ /			
個人組	A		/ /			<input type="checkbox"/> 公開組 <input type="checkbox"/> 高市青年組 <input type="checkbox"/> 高市壯年組 <input type="checkbox"/> 高市混雙組 <input type="checkbox"/> 親子組
			/ /			
個人組	A		/ /			<input type="checkbox"/> 公開組 <input type="checkbox"/> 高市青年組 <input type="checkbox"/> 高市壯年組 <input type="checkbox"/> 高市混雙組 <input type="checkbox"/> 親子組
			/ /			

※每人至多可報名3組。

※未事先完成報名程序並繳交報名費者或當天未到者，皆不列入比賽成績計算。

※已繳報名費但當日未到者，恕不退費，參加獎亦不補發。

※身份別代號:

A 牙醫師公會會員:每組每人 100 元。

B 牙醫師公會會員眷屬及配偶:每組每人 200 元

※報名費計算:

會員*____組*100元=____元

眷屬配偶*____組*200元=____元

※合計:____元整

◆TEL: (07) 335-0350 ◆FAX: (07) 335-0352 ◆E-mail: kda.dent@msa.hinet.net

◆報名截止日: 114年10月13日(一), 逾期報名者恕不受理。

◆本表若不敷使用, 請自行列印。