

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 10 月 04 日

發文字號： (107)高市牙富字第 167 號

速別： 普通

附件： 報名表

主旨： 本會謹訂於 107 年 11 月 04 日(日)舉辦「107 年理事長盃羽球聯誼賽」活動，本賽純屬提倡休閒運動風氣、趣味、切磋球技，促進牙醫師羽球愛好者之聯誼，兼聯絡會員情誼，請會員踴躍報名參加。

說明： 活動名稱：107 年理事長盃羽球聯誼賽

時間：107 年 11 月 04 日(日)報到 08:30-09:00，比賽 09:00~12:30，

地點：高雄市立國昌國民中學羽球館。(高雄市楠梓區德民路 1010 號)

報名資格：限本會會員及配偶、直系親屬皆可。

報名費用：出席者須預繳訂金 500 元，當天出席者予以退還訂金。

報名方式：採傳真報名，意者請於 107 年 10 月 29 日(一)前填妥報名表並附上劃撥收據傳真至本會，並於傳真後來電確認本會是否有收到，本活動恕不接受現場報名。電話：(07)335-0350 傳真：(07)335-0352

報名組別：1. 快樂組(雙打)-限本會牙醫師及配偶、直系親屬，自由報名和個人報名者，由大會安排配對。

2. 長青組(雙打)-年滿 65 歲以上(民國 42 年 11 月 04 日前(含)出生)報名，個人報名者，由大會安排配對。

注意事項：1. 本比賽採新制二十一分制，11 分換邊，搶 21 分勝。

2. 賽制視參加隊數決定。

3. 比賽以聯誼、球技交流為主，請服從裁判判決。

4. 比賽中如有爭議，則委請裁判(理事長或指定人選)當場仲裁。

5. 分組循環賽戰績相同者，採失分少者為優勝。

6. 主辦單位代為抽籤分組(公平原則下)。

7. 本次比賽若有任何修訂、增修事項，得由公會公布之。

8. 如遇不可抗力因素，本會保有取消或變更活動內容及名額權利。

獎品：1. 凡參加者，大會致贈紀念品乙份

2. 各組取前三名，頒發獎盃

理事長 陳建富

社團法人高雄市牙醫師公會「107 年理事長盃羽球聯誼賽」 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	姓 名	出生 年/月/日	行動電話	身份證字號	組別	類別	備註
1					<input type="checkbox"/> 快樂組 <input type="checkbox"/> 長春組	<input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬	
2					<input type="checkbox"/> 快樂組 <input type="checkbox"/> 長春組	<input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬	
3					<input type="checkbox"/> 快樂組 <input type="checkbox"/> 長春組	<input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬	
4					<input type="checkbox"/> 快樂組 <input type="checkbox"/> 長春組	<input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬	
5					<input type="checkbox"/> 快樂組 <input type="checkbox"/> 長春組	<input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬	

※報名費 500 元將於出席參賽時全額退回，當天未出席者恕不予退款。

※長春組限 65 歲以上(民國 42 年 11 月 04 日前(含)出生)者報名。

※如未事先完成報名程序並繳交報名費者，與當天參與同樂之貴賓成績，皆不列入比賽成績計算，敬請見諒。

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：羽球聯誼賽、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