

社團法人高雄市牙醫師公會(函)

檔 號：
保存年限：

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/
承辦人：候念萱



受文者： 本會會員

發文日期： 中華民國 107 年 08 月 13 日

發文字號： (107)高市牙富字第 130 號

速 別： 普通

附 件： 報名表

主 旨： 本會謹訂於 10/6、10/13、10/20、10/27(六)，舉辦「CrossFit 美式混合健身基礎課程」，活動限額 12 名，詳如說明，敬請 會員踴躍報名參加。

說 明： 一、活動時間：10/6、10/13、10/20、10/27(六)，共四堂課。

上課時間：下午 13:30-14:30。

二、活動地點：CrossFit X Ray 健身中心(苓雅區四維四路 176 號一樓)

三、課程內容：

(一)教練資歷：Ray Tseng 教練

CrossFit LV1 certificate(第一級教練培訓證照)

CrossFit LV2 certificate(第二級教練培訓證照)

(二)內 容：CrossFit 是以持續多變化的課程在高強度的環境下行使全身性、多關節、多核心控制的動作組合下去做訓練。此次的基礎班目的是以學習人體基礎動作蹲、推、拉為訓練目的，為的是讓生活中經常的慣用動作變得更安全、更便利、更輕鬆。



四、注意事項：請著運動服裝、運動鞋，並攜帶水與毛巾。

五、報名日期：即日起報名至 09 月 28 日(五)，限額 12 名，報名請從速。

六、報名費用：**活動報名以人頭計費**，因名額有限，為保障會員權益，報名以會員醫師優先(限醫師本人參與，活動當天如非本人出席，恕無法退還訂金，且不能以眷屬頂替參加)，其次為眷屬。**會員收費 300 元；眷屬收費 600 元。※費用為四堂課程，無法單堂報名或退費，敬請預留上課時間。**

七、繳費方式：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。劃撥時請務必於通訊欄註明「健身課程、醫師姓名」，郵政劃撥帳號：04044902，戶名：社團法人高雄市牙醫師公會。

※價值數千元的精緻教練團體混合健身課程(小班制)，首次於公會活動中呈現，名額有限，報名請從速，以免向隅。

理事長 **陳建富**

社團法人高雄市牙醫師公會「健身基礎課程」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	身份	姓 名	性別	行動電話	備註
1					
2					
3					
4					

活動時間：10/6、10/13、10/20、10/27(六)，共四堂課。

上課時間：下午 13:30-14:30。

活動地點：CrossFit X Ray 健身中心(苓雅區四維四路 176 號一樓)

報名日期：即日起報名至 **09 月 28 日（五）**，限額 12 名，報名請從速。

身 份 別：A:本會會員 300 元。

B:眷屬 600 元。

※費用為四堂課程，無法單堂報名或退費，敬請預留上課時間。

因名額有限，為保障會員權益，報名以會員醫師優先(限醫師本人參與，活動當天如非本人出席，恕無法退還訂金，且不能以眷屬頂替參加)，其次為眷屬，敬請配合、見諒。

※劃撥收據黏貼處※

郵政劃撥帳號：「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：**健身課程、醫師姓名。**

公會傳真文件量多，傳真後請務必『當天』來電確認。

電話：(07) 335-0350 傳真：(07) 335-0352