**台灣兒童胸腔醫學會第七屆第一次會員大會暨海峽兩岸三地學術研討會**

**報名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*中文姓名** |  | **服務單位** |  |
| **\*身份證字號** |  | **(為登錄繼續教育積分用，請務必提供)** |
| **參加場次** | **□105/4/17(日)****台北榮民總醫院致德樓一樓第三會議室(台北市北投區石牌路二段201號)** **報名截止日：105年3月31日(四)**  |
| **參加對象** | **□本會會員** **編號** | **□本會相關** **會員編號** | **非本會會員** |
| **□醫師** | **□呼吸治療師****□護理人員** | **□學生** |
| **報名費用** | **400元** | **500元** | **600元** | **600元** | **400元** |
| **報名截止日後及現場報名之報名費一律700元。****※為求公平，如未繳交報名費者，所簽之學會學分一律刪除。** |
| **通訊地址** | **□□□** |
| **\*E-mail** |  | **聯絡電話** |  |
| **便　　當** | **□葷 □素** |
| **\*繳費日期** | **劃撥日期: (mm/dd)****(戶名:社團法人台灣兒童胸腔醫學會，帳號:31386476)** |
| **收據開立** | **□個人****□服務單位　抬頭： 統編：**  |
| **\*劃撥收據****黏貼處** | **◎報名流程:至本會網頁(www.pedipulm.org.tw)>(首頁左側) 點選線上報名或本會網**  **頁>文件下載: 報名表，填妥後email至本學會信箱(****pedipulm@ms67.hinet.net****)**  **或傳真02-28735302至本會報名。****◎本會不另行通知，請於e-mail或傳真報名後當日，來電確認。****◎學會聯絡電話：02-28735315或 0919-450567 ; 傳真: 02-28735302。** |