**台灣乳房腫瘤手術暨重建醫學會2018年會**

**12月15日~16日(六、日)張榮發基金會國際會議中心**

**報名表**

1. 基本資料(以下資料缺一不可，請務必填寫字跡工整，以免建檔有誤影響您的權利，不敷使用，請自行影印)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名: 英文姓名: 會員編號:(如不知可不寫)**  **身分證字號:**  **出生年月日: : 年 月 日** (以上資料請必填入，如遺漏，恕無法完整登錄積分) | | | |
| **服務醫院: 單位: 職稱:** | | | | |
| **身分別:□醫師□護理師□專科護理師□其他人員:** | | | | |
| **收據抬頭: (如需才寫) 統一編號: (如需才寫)** | | | | |
| **聯絡地址(必填):□□□□□** | | | | |
| **聯絡電話(必填): 手機:** | | | | |
| **電子信箱(必填):** | | | | |
| 身分別 | **□早鳥票價 (即日起~11/16)** | **□一般報名價**  **(11/16~12/07)** | **□現場報名價**  **(12/15~16)** |
| **□**本醫學會會員 | **$500** | **$1000** | **$1500** |
| **□**非會員醫師 (非本會會員、廠商) | **$1000** | **$1500** | **$2000** |
| **□**非會員(包含護理人員、住院醫師、醫學系實習生、研究人員等) | **$500** | **$1000** | **1500** |
| 1. **日期以匯款日期為主** 2. **報名表與匯款單收據須同時傳真或E-mail 才算報名成功。** | | | |

1. 繳費方式:

**請至銀行轉存**

**戶名:台灣乳房腫瘤手術暨重建醫學會(合作金庫-長庚分行)**

**帳號：3638871000153**

**註明:(姓名)報名TOPBS 2018年會**

三、退費規定: 因故無法參加，請於11/16(五)前申請退費，將核退報名費75%，11/17(六)後申請，恕不退費，謝謝您的配合。

繳費收據黏貼處，或貼在報名表不遮住基本資料即可，請務必將繳費收據註明姓名  
(可以多人共同轉帳，但請註明參加者姓名，再傳真報名03-3974228或寄至本會，未附黏貼者，視同報名手續未完成。)

台灣乳房腫瘤手術暨重建醫學會 地址: 桃園市龜山區復興街5號一般外科 電話: 03-3281200#3605 傳真: 03-3974228 E-mail: TOPBS106@gmail.com