

「2026 年第三屆全國牙醫師健行活動」報名表

所屬公會：_____牙醫師公會 聯絡人（會務）：_____ 聯絡電話：_____

E-mail(必填)：_____ (請以正楷書寫，以便後續寄送秩序冊電子檔)

身分別：(1)現任、歷任全聯會理、監事：免費 (2)各縣市公會現任、歷任理事長：免費

(3)高雄市會員已繳交 115 年度常年會費者：免費 (4)全國各縣市牙醫師公會會員 500 元 (5)眷屬及非牙醫師 600 元

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	手機	診所電話	身分別 (請填寫代號)	餐盒
1							☐ 葷 ☐ 素
2							☐ 葷 ☐ 素
3							☐ 葷 ☐ 素
4							☐ 葷 ☐ 素
5							☐ 葷 ☐ 素
6							☐ 葷 ☐ 素
7							☐ 葷 ☐ 素
8							☐ 葷 ☐ 素
9							☐ 葷 ☐ 素
10							☐ 葷 ☐ 素
★費用：牙醫師 500 元 x _____ 人 + 眷屬/非牙醫師 600 元 x _____ 人					★餐盒數量：葷 _____ 個； 素 _____ 個		
※注意事項：請務必以正楷書寫，以利後續聯繫。							

報名表填妥後請與劃撥收據一同傳真或 mail 至社團法人高雄市牙醫師公會，並請來電確認才算報名完成。

聯絡人：陳小姐 傳真 07-335-0352 電話：07-335-0350 E-mail：kda.dent@msa.hinet.net