

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 書函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：宋美慈 分機：16

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國 110 年 4 月 16 日
發文字號：(110)全聯醫總富字第 1107 號
速 別：
附 件：1、報名表，乙份；2、EDM，乙份。

主 旨：六師聯誼會舉辦單身聯誼活動，敬請轉知所屬會員參考，請
察照辦理。

說 明：

- 一、旨揭活動委由月老銀行辦理，活動訂於 110 年 7 月 4 日星期日中午，假大直典華旗艦店(臺北市中山區植福路 8 號)舉行，報名參加費用每位新臺幣 1,600 元。
- 二、本活動參加資格為六師(會計師、醫師、牙醫師、中醫師、律師、建築師)單身會員，年齡不限。各師參加人數以 15 人為原則。
- 三、隨函檢附報名表乙份，請填妥資料後逕向本會報名，該會將另函通知參加名單及匯款方式。



正本：各縣市中醫師公會

副本：中華民國會計師公會全國聯合會、全國律師聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、
中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國全國建築師公會

中華民國中醫師公會全國聯合會

110 年六師單身聯誼活動【報名表】

基本資料				
姓名		身分證字號		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
同意於活動名牌中揭示名稱 (可自由使用本名/別名/暱稱皆可)				
職業	<input type="checkbox"/> 會計師 <input type="checkbox"/> 律師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 建築師			
生日	民國	年	月	日
	飲食習慣		<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素	
手機		E-mail		
聯絡地址				
證明文件				
身分證影本 (正面黏貼處)		身分證影本 (反面黏貼處)		
【注意事項】				
1、本活動為單身聯誼，僅限「無配偶」者報名，如已婚具配偶者，婉謝報名，敬請見諒。 2、本活動如因應疫情、天災事變或其他不可抗力、報名性別比例懸殊等事由，有難以或不適合執行之情形，主辦單位有取消、終止、修改或暫停之權利，已收取費用，則辦理退費。 3、因本活動名額有限，主辦單位有權斟酌報名男女暨六師職業比例、報名先後順序等各項因素，審核調整確定參與名單及據此通知繳費，於繳費完成經主辦單位通知確認後，始確定報名成功。 4、如已完成繳費，嗣因個人因素不克出席本活動，恕不辦理退費，請斟酌同意後再行繳費。				
【同意切結書】				
1、本人承諾本人並無配偶，且所附資料均屬實，若有不實，本人同意主辦單位有權通知取消本人報名資格，且不予退還任何費用；因繳交不實資料衍生法律責任概由本人自負。 2、本人於參與本活動過程中，應遵守中華民國法令規定，不得有違法、騷擾或其他違反社交禮儀之不當言行；本人並同意參與本活動後，與其他與會者後續交往情形，悉由行為人自行負責，與主辦單位無涉。 3、本人出於自由意願，同意提供本報名表上所載之個人資料和身分證正反面影本予主辦單位，於辦理本活動之目的範圍內，由主辦單位及協辦合作廠商相關工作人員使用。本人充分知悉且了解本人有拒絕提供個人資料或提供後行使個人資料保護法第3條規定：一、查詢或請求閱覽；二、請求製給複製本；三、請求補充或更正；四、請求停止蒐集、處理或利用；五、請求刪除之權利，惟本人同意據此負擔相對必要處理費用，且主辦單位有權因本人拒絕提供或行使前述權利，不同意本人報名本或取消本人報名資格。				
簽名：				

*敬請將報名表於5月15日前郵寄或傳真中醫師公會全聯會，謝謝。

*聯絡資料：宋小姐，電話：(02)2959-4939*16 傳真：(02)2959-2499

地址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2