

臺中市大臺中醫事檢驗師公會

第十五屆第一次會員大會會員出席報名表

單 位： 單位/組別：
 聯 絡 人： 電話/分機：
 填 表 日：

序號	會員姓名	請勾選	序號	會員姓名	請勾選
1		☐ 葷 ☐ 素食	11		☐ 葷 ☐ 素食
2		☐ 葷 ☐ 素食	12		☐ 葷 ☐ 素食
3		☐ 葷 ☐ 素食	13		☐ 葷 ☐ 素食
4		☐ 葷 ☐ 素食	14		☐ 葷 ☐ 素食
5		☐ 葷 ☐ 素食	15		☐ 葷 ☐ 素食
6		☐ 葷 ☐ 素食	16		☐ 葷 ☐ 素食
7		☐ 葷 ☐ 素食	17		☐ 葷 ☐ 素食
8		☐ 葷 ☐ 素食	18		☐ 葷 ☐ 素食
9		☐ 葷 ☐ 素食	19		☐ 葷 ☐ 素食
10		☐ 葷 ☐ 素食	20		☐ 葷 ☐ 素食

領取獎學金出席報名表

序號	會員子女姓名	請勾選	序號	會員子女姓名	請勾選
1		☐ 葷 ☐ 素食	4		☐ 葷 ☐ 素食
2		☐ 葷 ☐ 素食	5		☐ 葷 ☐ 素食
3		☐ 葷 ☐ 素食	6		☐ 葷 ☐ 素食

※ 本會會員同單位者採集體報名，請於111年3月11日(星期五)前將出席報名表傳真至(04)2657-1509或E-mail至本會信箱:tcamt.txg@gmail.com並請來電04-26571219確認，謝謝！