

回 執 聯

出席情形 (請勾選□)	<input type="checkbox"/> 會出席本次會員大會暨會員聯誼活動 <input type="checkbox"/> 不克出席, 委託其他會員代表出席 (不克出席者請填妥委託書, 並請於5/15前回寄至本會, 或委託出席者於報到當天交予報到處。)				
會員姓名		身分證字號		出生年月日	
會員聯繫電話					
視障子女姓名		身分證字號		出生年月日	
其他成員姓名		身分證字號		出生年月日	
其他成員姓名		身分證字號		出生年月日	
第一車(台北出發)上車地點	<input type="checkbox"/> 台北 <input type="checkbox"/> 桃園 <input type="checkbox"/> 新竹 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 自行開車前往				
第二車(高雄出發)上車地點	<input type="checkbox"/> 高雄 <input type="checkbox"/> 台南 <input type="checkbox"/> 嘉義 <input type="checkbox"/> 彰化 <input type="checkbox"/> 台中 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 自行開車前往				
用餐葷素	<input type="checkbox"/> 葷食__位 <input type="checkbox"/> 素食__位				

● 報名方式：

1. Google表單線上報名: <https://forms.gle/C37KMhF8ifCv4qdq8>



< 由此QR code線上報名 >

2. 填具本「回執聯」之報名資料, 並以電話、E-MAIL或郵寄資料告知本會。

※本會地址: 103039台北市大同區庫倫街7號2樓

※本會電話: (02)2599-5210 轉分機202、203

※本會E-MAIL: service@forblind.org.tw

