

路加傳道會中華牙醫服務團(CCDS)「2026年國內外醫療傳愛行程表」(2026/5/26更新)

※本會有變更行程權利，請留意「路加網站<http://www.ccm.org.tw>公佈欄」最新義診行程公告。

序號	日期	義診地點	合作單位	團費(約)	機票費(約)	負責人	報名截止日期	報名窗口
26-01	3/28~4/9	烏克蘭 日托米爾	life church of Ukraine, Taipei Roma Rotary club	20,000	38,000	謝禮興醫師	1/15	CCDS
26-02	5/16~23	2026馬來西亞三 合港醫療短宣隊		22,000	機票請 自理	蘇振泰醫師(0933061481)	有意參 加者請 先來電 或簡訊 告知	CCDS
26-03	7/8~19	巴布亞紐幾內亞	中華威克里夫 翻譯會	12,000	56,000	龔慧儀醫師	2/28	CCDS
26-04	9/5~15	土耳其東南敘利 亞邊界	國際關懷協會	25,000	50,000	趙旭昇醫師		CCDS
26-05	9/19~27	尼泊爾波卡拉地 區		26,000 (包括國內 機票)	約 22,000 (國際機 票請自 理)	蘇振泰醫師(0933061481)	有意參 加者請 先來電 或簡訊 告知	CCDS
26-06	9/25~10/7	烏克蘭 日托米爾	life church of Ukraine, Taipei Roma Rotary club	20,000	機票請 自理	謝禮興醫師	7/15	CCDS

報名方式:請填妥報名表(下方)後,以電子郵件方式mail給該梯次報名窗口,並電話連絡確認。

序號	報名窗口	簡稱	email	電話	傳真
	中華牙醫服務團	CCDS	ccmmccds@gmail.com	0921-456-632	

1. 團費包括旅行保險費、食宿及所需行政或相關費用,團費可開立奉獻收據。
2. 醫務學生、牙科學生及牙助欲申請補助者,請於報名時詳填「補助申請表」(見第3頁)。
補助名額有限,請報名從速。若有疑問可電洽各報名窗口。
3. 義診器械及材料由本會安排及供應。

路加傳道會中華牙醫服務團國內外醫療傳愛 報名表

參加團次 (日期、地點)	中文姓名	出生 年月日 (西元)	身分證字號	電話/ 手機號碼	E-mail/Line id	
健康狀況		工作單位 或就讀學校	職稱/科別	科系/年級	緊急聯絡人/關係	緊急聯絡人 電話
□一切正常 □特殊情況,請 註明:						
收據地址(含郵遞區號)			機票			請簽名
			☐ 機票自理,開團費奉獻收據 ☐ 團統一購買機票,開立團費+機票費奉獻收據 ☐ 個人購買機票,以具有"財團法人中華基督教 路加傳道會"抬頭之購票證明及各航段登機證 向團部申請機票費用,開立團費+機票費奉獻收據			

～歡迎以奉獻支持、參與國內外義診～

※採「銀行帳戶」匯款者，匯款後請務必**E-MAIL**通知各報名窗口人員，謝謝。

國內		國外匯款		
戶名	郵政劃撥	戶名	銀行	外幣帳號
路加傳道會中華牙醫服務團	18718358	Chinese Christian Medical Mission	● BENEFICIARY'S BANK NAME: BANK OF TAIWAN GAORONG BR. ● ADDRESS: NO.415 CHONGSIN ROAD, ZUOYING DISTRICT, KAOHSIUNG, TAIWAN	● SWIFT CODE: BKTWTWTP 224 ● Account No.: 224007016107
路加傳道會怒江醫療服務團	31577860	Chinese Christian Medical Mission	● BENEFICIARY'S BANK NAME: BANK OF TAIWAN CHIAYI BRANCH ● ADDRESS: NO.306 CHUNG SHAN RD CHIAYI CITY TAIWAN 600	● SWIFT CODE: BKTWTWTP014 ● Account No: 014007093868
路加傳道會	07350889	Chinese Christian Medical Mission	● BENEFICIARY'S BANK NAME: Bank of Taiwan Taichung Industry Park Branch ● ADDRESS: NO.196, 1ST RD, TAICHUNG INDUSTRIAL PARK, TAICHUNG, TAIWAN, R. O.C ● Tel: 886-4-2359-7850	● Bank Code: BKTWTWTP092 ● Account No.: 092-001-01514-3

路加傳道會海外義診補助申請表

(僅針對醫務學生、牙科學生及牙科助理予以補助)

☐醫務學生 ☐牙科學生 ☐牙科助理

申請日期	年 月 日					照片黏貼處 (3X5)											
姓名		聯絡電話 (分機)			行動電話												
生日 (西元)	年 月 日	身分證 字號														性別	☐ 男 ☐ 女
就讀學校/ 工作診所				科系												年級	
地址	□□□□□ 縣 市 路(街) 鄰 里 巷 弄 號																
Email																	
轉帳 金融機構	戶名： 1.匯入金融機構之帳號： 銀行(庫局) 分行(支庫局)																
	總代號		分支代號		帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)											
	□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□													
	2.匯入郵局帳戶： □□□□□□□□ - □□																
	□□□□□□□□ - □□ 局號： 帳號：																
監護人			關係			聯絡電話											
						行動電話											
所屬教會																	
信主簡歷	信主日期： 年 月 日 過程與經歷：																
宣教感動																	
以下由補助機構填寫																	
核准	☐ 是(繼續審核檢附文件) ☐ 否, 原因：				檢附文件		☐ 登機證 ☐ 代收轉付收據 ☐ 1000字心得報告										
承辦人員		核准日期			主管		出納										