

檔 號：

保存年限：

# 臺中市大臺中中醫師公會 函

會 址：臺中市豐原區圓環東路 703 號 2 樓  
聯絡電話：04-25282490  
傳 真：04-25282491  
電子信箱：sht.cma@gmail.com

受文者：本會各位會員

發文日期：中華民國 113 年 11 月 20 日

發文字號：(113)大臺中中醫達字第 27254 號

速別：普通件

附件：如說明三

主旨：本會訂於 114 年 1 月 5 日(星期日)下午 18 時(17:00 開始報到入場)假臻愛花園飯店 2 樓夢幻雪梨廳，舉辦第 27 屆第 1 次臨時會員大會暨 113 年度歲末聯歡晚會，敬邀會員踴躍報名參加，請查照。

說明：

- 一、依據本會第 27 屆第 8 次理監事會議決議辦理。
- 二、請於 113 年 12 月 16 日(一)前完成報名，逾期恕不受理。
- 三、檢附議程表乙份。



正本：本會各位會員

副本：本會

理事長 顏良達

# 臺中市大臺中中醫師公會

## 第 27 屆第 1 次臨時會員大會暨 113 年度歲末聯歡晚會

一、活動地點：臻愛花園飯店 2 樓夢幻雪梨廳(台中市烏日區高鐵路三段 168 號)

二、活動日期：114 年 1 月 5 日(星期日)18:00~20:30(17:00 開始報到入場)

三、報名截止日：113 年 12 月 16 日(星期一)，逾期恕不受理。

四、報名方式：

1. 會員本人及一名眷屬費用由公會負擔，其餘參加之眷屬每人費用 1,200 元。

2. 請掃描 QR Code 或傳真(04)2528-2491 報名；如有自費眷屬，請利用實體 ATM、線上轉帳、或臨櫃匯款方式繳費(匯款資訊參本頁下方)。

★3. 報名本活動之會員，因餐廳座位及餐點皆為事先預訂，如於 113 年 12 月 31 日(二)後取消或活動當日未出席者，將取消會員及一名眷屬優待資格，活動結束後追繳費用，自費眷屬不予退費。

4. 行政作業完成後，摸彩券及桌次號碼以紙本方式寄發報名會員。

五、活動當天請至報到處簽到及投摸彩券。

會員姓名		服務院所	中醫診所/醫院
通訊地址	郵寄摸彩券及桌次使用，請務必填寫正確		
連絡電話			
報名人數	<input type="checkbox"/> 會員一位(公會負擔費用) <input type="checkbox"/> 會員及一位眷屬(公會負擔費用) <input type="checkbox"/> 會員及一位眷屬(公會負擔費用)及自費 _____位(1,200 元/人) (請擇一勾選)	葷食：_____位 素食：_____位 合計：_____位	
(收據黏貼處) 如為 ATM、網路轉帳 請填寫後五碼供對帳：_____			

匯款資訊：

銀行：玉山銀行豐原分行(代號 808)

帳號：0381-940-100029

戶名：臺中市大臺中中醫師公會



113年度歲末聯歡晚會

報名 QR Code