2018臺北國際神經外科學術研討會

2018 Taipei International Neurosurgical Symposium

報名表

|  |
| --- |
| ※為便於聯繫與通知，敬請與會者詳實填寫聯絡資料 |
| 姓名 |  | 電子信箱(必填) |  |
| 聯絡電話(必填) |  | 服務單位(醫院/科別) |  |
| 傳真電話 |  | 職稱 |  |
| 聯絡地址 | □□□ |
| 收據抬頭 | □不需要抬頭 □需要，請填\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

※本研討會報名費為，住院醫師新台幣2,000元整，主治醫師以上新台幣4,000元整。

報名注意事項：

1. 因場地座位有限，敬請把握機會踴躍報名，額滿為止。
2. 單位團體報名請造冊。

繳費方式：

**合作金庫(006) 台大分行 帳號：1346-717-034918**

**戶名：財團法人台灣腦病防治基金會**

**郵政劃撥帳號：50256968**

**戶名：財團法人台灣腦病防治基金會**

請連同本**報名表**及**繳費收據影本**，email至**17513@s.tmu.edu.tw**並電話通知，以完成報名手續，若有任何相關問題，請不吝來電大會秘書處。

聯絡人：錡瑩 小姐

聯絡地址：新北市中和區中正路291號 第一醫療大樓10樓 辦公區

聯絡電話：(02)2249-0088#8842 / 0963-969213

E-mail：17513@s.tmu.edu.tw