**施行細胞治療技術醫師訓練課程**

**信用卡授權單**

1. **報名資訊**

|  |  |
| --- | --- |
| 報名場次 | □套裝課程  □第一天：06月29日(星期六)  □第二天：06月30日(星期日) |
| 人數 | 人 |
| 報名者姓名 | (若為多位報名，請填寫所有報名者姓名，以利核對帳務資料) |
| 聯絡電話 | (若為多位報名，請至少留一個聯絡電話) |
| 費用 | 06月29日(星期六)報名費用\_\_\_\_\_元\*\_\_\_\_\_人=\_\_\_\_\_\_元  06月30日(星期日)報名費用\_\_\_\_\_元\*\_\_\_\_\_人=\_\_\_\_\_\_元  總計費用： |

1. **信用卡資訊**

|  |  |
| --- | --- |
| 卡號 |  |
| 發卡銀行 |  |
| 持卡人簽名 |  |
| 身分證字號 |  |
| 信用卡背面末三碼 |  |
| 金額 | NT$ |
| 使用期限 | 年 月 |
| 持卡人連絡電話 |  |
| 持卡人連絡地址 |  |

**<注意事項>**

1. 北醫院內人員報名請附上員工證掃描檔寄至聯絡人
2. 傳真完成後請來電確認，以確保您的權利。本資料將於報名完成後銷毀。