施行細胞治療技術醫師訓練課程

繳費確認單

|  |  |
| --- | --- |
| 匯款者姓名 |  |
| 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) |
| 連絡電話 |  |
| 電子信箱 |  |
| 匯款日期 |  |
| 轉帳方式 | □匯款□劃撥□ATM轉帳 |
| 繳費金額 | 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：  |
| 匯款後五碼 |  |
| 備註 |  |

**<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