**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22日(星期六)  □第二天：06月23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22日(星期六)報名費用\_\_\_\_\_元\*\_\_\_\_\_人=\_\_\_\_\_\_元  06月23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. 中國醫藥大學附設醫院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。
3. 填妥完畢後email至jane@mpat.org.tw 林小姐收或傳真(02-23212357)至本會。