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：  |
| 匯款後五碼 |  |
| 備註 |  |

**<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