

財團法人臺北醫學大學校友會教育基金會報名表

日期：_____年_____月_____日

班 別			期別																	
姓 名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																
英文名字 (英文證書專用)			E-mail																	
出生日期	年	月	日	身分證字號																
最高學歷	畢業		證書字號		醫 牙 字第 _____ 號															
通訊地址	() 郵遞區號																			
聯絡電話	(公)									(私)										
	傳真：									手機：										
服務單位			有興趣之課程																	
身分證影本 正面黏貼處					身分證影本 反面黏貼處															
資訊來源	<input type="checkbox"/> 網站 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 寄發之簡章 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 雜誌 <input type="checkbox"/> 舊生 <input type="checkbox"/> 報紙：【 】聯合 【 】自由 【 】中國 <input type="checkbox"/> 其他																			
繳交金額	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 轉帳 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥 新台幣_____萬_____千_____百_____拾_____元整																			

學費會以捐款名義開捐款收據，可抵營業稅

同意 **不同意** **捐款姓名及金額將於次年公開於本基金會之網站**

****本人_____已完成閱讀本梯次招生簡章相關說明，並確認無誤。**

*填寫完畢後，請以 E-MAIL 方式寄至 tmualf@gmail.com

基金會 網址：www.tmuaf.org.tw

聯絡電話：02-8786-1893

傳真：02-8786-1893