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 | □ 男 □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 | 字第 號醫 牙藥 生 |
| 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 | □ 網站 □ 親友介紹 □ 寄發之簡章 □ 電子郵件 □ 雜誌 □ 舊生 □ 報紙：【 】聯合 【 】自由 【 】中國 □ 其他 |
| 繳交金額 | ☐現金☐轉帳 ☐郵政劃撥 新台幣 萬 千 佰 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