

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 藥 生
通訊地址	() <small>郵遞區號</small>		
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，可扣抵綜合所得稅 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 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 tmuaf@gmail.com

基金會 網址：www.tmuaf.org.tw

聯絡電話：02-8786-1893

傳真：02-8786-1893

