

【宜蘭縣醫師公會110年會員大會 **參加者** 回覆表】

親愛的醫師及貴賓們歡迎您踴躍參加及指導！請踴躍於 **07/27前line或mail或傳真報名**

日期：110年8月1日(星期日) 時間：下午2:30報到

地點：礁溪寒沐酒店 (宜蘭縣礁溪鄉健康路1號、03-9058081) 請勾選

參加項目		備	註
大 會	餐盒		

姓名：_____ 單位名稱：_____ 行動電話：_____

E - mail : _____

主辦單位：宜蘭縣醫師公會 地址：宜蘭市女中路2段203號4樓之5

T e l / f a x : 0 3 - 9 3 6 2 5 1 4 / 0 3 - 9 3 2 8 5 1 4

mail : a8991229@ms43.hinet.net

行動電話：0 9 7 2 1 2 2 7 8 2

委 託 書

茲委託會員

醫師（簽章）代理本人行使

中華民國110年8月1日宜蘭縣醫師公會第二十五屆第一次會員大會一切
權利義務。

此 致

大會主席

委託人（未出席者）：

簽章