

【宜蘭縣醫師公會會員大會 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line或QR code或mail或傳真報名

地點：礁溪長榮鳳凰（宜蘭縣礁溪鄉健康路77號、03-9100988） 請勾選

全程參加	參加項時間			備 註	
	講 座 14:30	大 會 17:00	餐 會 18:20		
			葷食	素食	

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 年 月 日宜蘭縣醫師公會第 屆第 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