**台灣神經血管外科與介入治療醫學會**

**第三屆第1次年會暨會員大會報名表**  2020.10.31

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※為便於聯繫與通知，敬請與會者詳實填寫聯絡資料 | | | |
| 姓名 |  | 電子信箱 |  |
| 聯絡電話 |  | 服務單位 |  |
| 傳真電話 |  | 職稱 |  |
| 聯絡地址 | □□□ | | |
| 餐點 | □葷食 □素食 | | |
| 收據抬頭 | □不需要抬頭 □需要，請填\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

※本研討會報名費為：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **身分別** | **大會報名費** | **常年會費** | **總金額** |
| 一般會員 | $ 2,000 | $ 1,000 | $ 3,000 |
| 準會員 | $ 1,000 | $ 500 | $ 1,500 |
| 非會員 | $ 3,000 |  | $ 3,000 |

報名注意事項：

1. 因場地座位有限，敬請把握機會踴躍報名。
2. 活動報名費用均含晚宴餐費，若有額外攜帶家眷參與晚宴，酌收餐費每位1500元整。

繳費方式：

**合作金庫(006) 台大分行 帳號:1346 717 035396 戶名:台灣神經血管外科與介入治療醫學會**

請連同本**報名表**及**繳費收據影本**，email至neurovascular.tw@gmail.com，以完成報名手續，若有任何相關問題，請不吝來電大會秘書處。

聯絡人：黃鈺珊小姐

聯絡地址：台北市中正區中山南路七號 臨床研究大樓八樓823室

聯絡電話：(02)22490088#2292 0919459092

Fax:02-23417454

E-mail：[neurovascular.tw@gmail.com](mailto:neurovascular.tw@gmail.com)