

醫師劃撥單

郵政劃撥儲金存款單

◎寄款人請注意背面說明

◎本收據由電腦印錄請勿填寫

郵政劃撥儲金存款收據

帳號	5	0	2	3	9	8	3	9	金額新台幣(小寫)	仟	佰	拾	萬	仟	佰	拾	元
----	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	---	---	---	---	---	---	---	---

通訊欄(限與本次存款有關事項)

戶名：台灣氣喘學會 帳號：50239839
會員編號 _____

_____年常年會費(1000元)

新醫師會員入會 2000元
(入會費 1000元;常年會費 1000元)

115年氣喘專科醫師核心教育訓練課程

非會員醫師上課
115/7/11~12 兩天課程 **3000元**

_____課程 _____元

專科醫師考試：2000元

捐款：_____元(可抵稅)

相關疑問請洽秘書處
0912-288406、0928-175728
Fax:0227223029

戶名 **台灣氣喘學會 林鴻銓**

寄 款 人

姓名 _____

地址 □□□-□□
醫師 非會員醫師

電話 _____

經辦局收款戳

虛線內備機器印證用請勿填寫

其他醫事人員劃撥單

郵政劃撥儲金存款單

◎寄款人請注意背面說明

◎本收據由電腦印錄請勿填寫

郵政劃撥儲金存款收據

帳號	5	0	2	3	9	8	3	9	金額新台幣(小寫)	仟	佰	拾	萬	仟	佰	拾	元
----	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	---	---	---	---	---	---	---	---

通訊欄(限與本次存款有關事項)

戶名台灣氣喘學會 帳號：50239839
會員編號 _____

_____年常年會費(每年 500元)

非醫師會員入會 800元
(入會費 300元;常年會費 500元)

115年氣喘專科醫師核心教育訓練課程

115/7/11~12 兩天課程

會員:700元 **非會員:1500元**

護理師 藥師 呼吸治療師

專科護理師 _____

備註

捐款：_____元(可抵稅)

相關疑問請洽秘書處
0912-288406、0928-175728
Fax:02-27223029

戶名 **台灣氣喘學會 林鴻銓**

寄 款 人

姓 名 _____

地 址 □□□-□□
藥師 RT 護理師 專科護理師

電 話 _____

經辦局收款戳

虛線內備機器印證用請勿填寫

地址:110 台北市信義區嘉興街 70 號 1 樓電話:02-2722-3029 0912288406 Fax:02-2722-3029

ASTHMA:電子信箱:taasthma@gmail.com 網站:http://www.taasthma.org.tw

COPD:電子信箱:tacopd@gmail.com 網站:http://www.tacopd.org.tw