



台灣健康保險學會

合辦

台北市保險業務職業工會

二代健保改革與民眾生活研習班報名表

聯絡人姓名	
身份	1. 會員： <input type="checkbox"/> 台灣健康保險學會 <input type="checkbox"/> 台北市保險業務職業工會 2. <input type="checkbox"/> 非會員
出生年月日	
性別	
學歷	
聯絡人服務單位	
聯絡電話	(家) (公) (手機)
傳真電話	
電子郵件信箱	
通訊地址	□□□-□□
備註	<p>◇ 報名方式：</p> <p>1. 以電子郵件方式進行報名 (電子郵件信箱：thia.health@gmail.com)，並另傳真報名表及繳費收據影本至本會確認完成報名之手續 (傳真電話：02-2343-2163)。</p> <p>2. 或以此表至本會辦公室進行現場報名繳交作業。</p> <p>◇ 如有其他疑問請來電至辦公室秘書處詢問： 聯絡人：張耀中 電話：02-2358-7129</p>