**一張含有 紫蘿蘭, 紫色, 蝴蝶, 紫丁香 的圖片

自動產生的描述即日起報名，採先付費保留座位，額滿截止；出發前二週取消可全額退費，**

**前10日扣款1/3，前7日扣款1/2，不足7日恕不退款，費用全數轉入捐款。**

**（如繳費後要退費、需另扣除行政手續費每筆６０元）**

**繳費方式：請於報名成功確認旅費金額後，一週內繳交費用**

**協會帳戶：中華民國思樂醫之友協會（下列帳號二擇一付款）**

**劃撥帳號：15268925** (請註明：旅遊活動）

**郵局帳號：0002367-0097665**

(若以轉帳方式請轉帳後，將後五碼告知協會)

**報名方式：**

**方式1. 上網站掃報名QRcode**

**方式2. 填以下報名表後，傳真協會FAX:02-2823 4887**

報　名　表

會員編號： 參加人數： 人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | | | | | | | | | 身分證字號 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | | | | | | | 聯絡電話or手機： | | | | | | | | | | | | |
| 緊急聯絡人 |  | | | | | | | | | 聯絡電話or手機： | | | | | | | | | | | | |
| 飲食限制 | □素食 □葷食 □對海鮮過敏 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眷屬姓名 | 身份證字號 | | | | | | | | | | 出生日期 | | | | | | 關係 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 | | | | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 | | | | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 | | | | | |  | | | | | |

**\*旅遊行程需配合當時路況、天氣等因素，**

**協會可做時間或順序等調整，謝謝合作。**