

檔 號：  
保存年限：

# 函 會 師 牙 市 高 雄 法 人 團 社

會址：806 高雄市前鎮區中山二路 91 號 2 樓

電話：(07)3350350 傳真：(07)3350352

承辦人：張簡采妮

E-mail：[kda.dent@msa.hinet.net](mailto:kda.dent@msa.hinet.net)

網址：[www.kdadent.org.tw](http://www.kdadent.org.tw)

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 114 年 4 月 1 日

發文字號：(114)高市牙峰字第 307-1 號

速 別：普通

附 件：「2025 年第 24 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽」簡章及報名表各一份

主 旨：本會將於 114 年 8 月 31 日舉辦「2025 第 24 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽」，誠摯敬邀會員醫師組隊報名，敬請 查照。

說 明：一、為提升會員身心健康，本會藉舉辦各類團體聯誼活動，推展全民健康運動風氣，誠摯邀請會員踴躍報名，簡章及報名表詳如附件。

\*活動資訊：

1. 比賽日期：114 年 08 月 31 日(日) 10:00~17:30

2. 比賽地點：南一高爾夫球場(台南市關廟區長榮街 500 號)

3. 報名截止日：114 年 06 月 20 日(五)

二、欲報名之會員請於 114 年 6 月 20 日(五)前，將報名表及\*個人組報名費用劃撥收據，傳真或 E-mail 至本會信箱，並來電確認是否報名成功。(本會會員報名團體組費用由公會補助)

三、隨函檢附「2025 第 24 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽」簡章、報名表，也可自行至本會網站下載填寫。

四、郵政劃撥帳號：**04044902** 戶名：**社團法人高雄市牙醫師公會**

傳真：3350352 E-mail：[kda.dent@msa.hinet.net](mailto:kda.dent@msa.hinet.net)

理事長 **蔡政峰**

# 2025 年「第 24 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽」活動簡章

一、主辦單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

二、承辦單位：社團法人高雄市牙醫師公會

三、比賽日期：114.08.31（日）上午 10:00~10:30 報到，11:20 開球

四、比賽球場：南一高爾夫球場（台南市關廟區長榮街 500 號，TEL: 06-555-1121）

五、報名費用：**☆繳交報名費後若不克出席，恕不退費。**

1. 個人貴賓組：每人 5000 元整(擊球費+報名費)

2. 個人競賽組：每人 5500 元整(擊球費+報名費)

3. 個人女子組：每人 5500 元整(擊球費+報名費)

4. 團體組：每隊 1,500 元整(4 至 5 人一組)不分甲、乙組。

★南一球場個人會員仍請先繳交全額費用，賽事當天將由球場認定會員資格後，

由承辦單位(高雄市牙醫師公會)當場退回差額；**使用團體會員券者則不另退差額。**

六、報名方式（恕不接受現場報名）：

請一律向所屬公會報名，由各公會統整報名資料後，於 **114 年 6 月 20 日前**將報名表電子檔與劃撥收據一同 E-mail 至本會信箱，限額 200 名，額滿將提前截止報名。

\*本會電話：07-3350350 \*E-mail:kda.dent@msa.hinet.net

\*劃撥帳號：04044902 \*戶名：社團法人高雄市牙醫師公會 \*劃撥請備註公會名稱、全國高爾夫

七、比賽組別：

1. 個人組：

A. 貴賓組：本會邀請之長官貴賓及歷任各牙醫公會理事長、現任全聯會理監事、現任各校友會總會長。

B. 競賽組：限牙醫師。

C. 女子組：限牙醫師。

2. 團體組：

A. 限牙醫師且同一縣市組隊，兩小縣市可合併組隊，但需由主辦單位同意

**\*報名團體組之球員，必須同時報名個人組。**

八、比賽方式：

1. 個人組(貴賓組、競賽組、女子組)：

A. 總桿：總桿相同，以年長者為勝，再相同，則由第 18 洞往前比起。

B. 淨桿：以新新貝利亞計算，以球場電腦計算為準。

## 2. 團體組：

- A. 取前十名給獎。
- B. 每隊 5 位隊員，取前 4 位之【淨桿加總】計算，若成績相同則比第 5 人淨桿成績，若再相同，則比前 4 位第 18 洞桿數總和，桿數低為優勝，並以此類推。
- C. 需事先報名，不接受當場報名，如有遞補，隊員名單於比賽當天報到時由隊長確認簽名(每組最多換 1 人)。

## 九、比賽規則：

- 1. 依國際之最新高爾夫球規則及南一高爾夫球場單行規則實施之。
- 2. 若有爭議，由南一高爾夫球場裁判裁定之。
- 3. 超過 70 歲者可打銀梯。

## 十、比賽編組：

- 1. 由大會全權事先安排編組，按編組順序採多洞開球。編組名單登錄於大會手冊，於賽前一週寄給各報名公會，大會有因臨場報到之狀況而調整編組之權利。
- 2. 除非有不可抗拒之因素，否則風雨無阻照常舉行。
- 3. 請儘早完成報到手續，10：00 開始報到，於 10：50 截止報到。遲到者成績罰兩桿（以球場之掛鐘為準），並由大會重新編組不得異議。

## 十一、比賽敘獎：

- 1. 團體組：取前 10 名，頒發獎盃(前 3 名)及獎品。
- 2. 個人組：
  - A. 貴賓組-取總桿前 1 名及淨桿前 3 名頒發獎盃及獎品，4~7 名頒發獎品。
  - B. 競賽組-先取「總桿第 1 名」，其餘淨桿以『新新貝利亞』列入排名。
    - 1. 取總桿第 1 名，可代領，頒發獎盃及獎品。
    - 2. 取淨桿前 10 名，頒發獎盃(前 3 名)及獎品(可代領)。
    - 3. B.B 獎。
  - C. 女子組-取總桿第 1 名頒發獎盃及獎品。
- 3. 技術獎：
  - A. 近洞 X4（三桿洞）
  - B. 二桿近洞 X10（四桿洞）IN、OUT 各 5
  - C. 三桿近洞 X4（五桿洞）IN、OUT 各 2
  - D. 一桿進洞獎(限本賽事第一位進洞者，獎項以大會秩序冊公告為主)
- 4. 大會有權依報名人數增減獎項數目。

5. 若因不可抗拒之因素無法完賽，敘獎方式將由大會決定。

**十二、晚宴【請務必事先報名】：**

1. 選手之夜：114. 08. 30(六)18:00~20:30

地點：漢來成功店 9 樓金鳳廳（高雄市前金區成功一路 266 號）

2. 頒獎暨晚宴：114. 08. 31(日)17:40~19:00

地點：南一球場餐廳（台南市關廟區長榮街 500 號）

**十三、簡章及報名表請至本會官方網站下載**

高雄市牙醫師公會官網：<https://ms0007.so-buy.com/p/>

**十四、活動聯絡人：**

社團法人高雄市牙醫師公會/張怡民醫師

公會聯絡電話：07-3350350

信箱：kda.dent@msa.hinet.net

**十五、飯店訂房資訊：**

★若 8/30(六)有訂房住宿需求，請盡早電洽高雄漢來大飯店，並說明您為高雄市牙醫師公會高爾夫球賽來賓，將享有訂房優惠。

\*高雄漢來飯店訂房電話：07-2161766 地址：高雄市前金區成功一路 266 號

**十六、接駁車資訊：**

賽前將另公布於秩序冊，或請於賽前 2 週電洽本會詢問。

# 2025 年第 24 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽報名表

※將由承辦單位全權安排分組

所屬公會：\_\_\_\_\_牙醫師公會 \*聯絡方式：公會地址\_\_\_\_\_市/縣\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_電話\_\_\_\_\_

組別：A. 團體組：報名費每隊 1,500 元(4 至 5 人一組) **【報名團體組成員須同時報名個人組】**

隊名：\_\_\_\_\_隊長：\_\_\_\_\_醫師

B. 個人貴賓組：每人 5,000 元(擊球費+報名費)，請填單位及職稱。(歷任牙醫公會理事長/現任全聯會理監事、現任各校友會總會長)

C. 個人競賽組：每人 5,500 元(擊球費+報名費)

D. 個人女子組：每人 5,500 元(擊球費+報名費)

★非高雄市牙醫師報名費用請由所屬公會整合後，再劃撥至本會帳戶，謝謝 ★繳交報名費後若不克出席，恕不退費

醫師姓名	民國出生年月日	身份證字號	手機號碼	貴賓組	競賽組	女子組	團體組	差點	是否有南一球場 個人會員
				單位： 職稱：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				單位： 職稱：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				單位： 職稱：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				單位： 職稱：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				單位： 職稱：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

★為利於本會統計人數，請務必填寫搭乘接駁車需求及餐會出席調查。

☆出席 8/30(六) 選手之夜餐會：葷\_\_\_\_\_人、素\_\_\_\_\_人；出席 8/31(日) 頒獎典禮暨晚宴：葷\_\_\_\_\_人、素\_\_\_\_\_人

☆搭乘接駁車需求：\_\_\_\_\_人

☆報名費：(個人組)：\_\_\_\_\_人\*\_\_\_\_\_元=\_\_\_\_\_元，(團體組)：1500 元\*\_\_\_\_\_隊=\_\_\_\_\_元，總計金額：\_\_\_\_\_元

★請於 6/20 前 將報名表電子檔與劃撥收據統整後，一併 E-mail 至高雄市牙醫師公會信箱，並來電確認，謝謝！

★劃撥請備註：醫師姓名或○○公會，高爾夫報名費 ★劃撥帳號：04044902 戶名：社團法人高雄市牙醫師公會

★本會電話：07-3350350、E-mail: [kda.dent@msa.hinet.net](mailto:kda.dent@msa.hinet.net)

☆☆☆飯店訂房及接駁車資訊，請見簡章說明☆☆☆