

社團法人高雄市牙醫師公會(函)

會址：806 高雄市前鎮區一心二路 21 號 11 樓之 1
電話：(07)335-0350 E-mail：kda.dent@msa.hinet.net
傳真：(07)335-0352 網址：http://www.kdadent.org.tw/
承辦人：候念萱

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 107 年 08 月 13 日

發文字號：(107)高市牙富字第 126 號

速別：普通

附件：報名表

主旨：為增進會員情誼，本會謹訂於 107 年 09 月 20 日（星期四）舉辦「107 年度理事長盃高爾夫球賽」，敬請會員踴躍報名參加。

說明：一、比賽日期：09 月 20 日（四），早上 5:30 報到，6:00 開球。

二、報名方式：即日起報名至 **09 月 12 日截止**，請向本會傳真報名，並於報名時告知是否參加賽後聚餐（用素食者請於報名時事先告知）以及可聯繫您的行動電話號碼。

三、報名費用：報名費 500 元將於出席參賽時全額退回，當天未出席者恕不予退款（球場費用請自理）。

四、比賽球場：信誼高爾夫球場；電話：07-656-3211；
地址：840 高雄市大樹區統嶺里信誼路 1 號。

五、比賽辦法：A、採 18 洞競賽、依新新貝利亞計算成績、抽洞及成績由球場負責。

B、同成績者，年齡大者勝。

C、如未事先完成報名程序並繳交報名費者，與當天參與同樂之貴賓成績，皆不列入比賽成績計算，敬請見諒。

D、如有未盡事宜，由主辦單位決定之。

六、比賽獎項：（獎盃將於賽後寄出）

◎總桿冠軍獎盃一只＋獎品一份。

◎淨桿冠軍獎盃一只＋獎品一份。

◎淨桿亞軍獎盃一只＋獎品一份。

◎淨桿季軍獎盃一只＋獎品一份。

◎Lucky 7：大獎一份。

◎前二十名：獎品一份。

請翻背面

- ◎最近距離獎（四名）：獎品一份。
- ◎遠距離（二名）：獎品一份。
- ◎跳獎(10、20、30……)：獎品一份。
- ◎二桿近洞(二名)：獎品一份。
- ◎BB 獎(一名)：獎品一份。
- ◎取完淨桿前五名後，再取長春組淨桿冠軍一名（限 65 歲以上，民國 42 年 09 月 20 日前(含)出生者）：獎品一份。

七、賽後於球場聚餐並當場頒獎。

理事長 陳建富

107 年『理事長盃高爾夫球賽』

報 名 表

| NO | 姓 名 | 出生 年/月/日 | 連絡電話 | 行動電話 | 組別 | 賽後聚餐 | 素食 |
|----|-----|-------------|------|------|---|---|--|
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> 會員組 <input type="checkbox"/> 長春組 <input type="checkbox"/> 來賓 | <input type="checkbox"/> 用餐 <input type="checkbox"/> 不用餐 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> 會員組 <input type="checkbox"/> 長春組 <input type="checkbox"/> 來賓 | <input type="checkbox"/> 用餐 <input type="checkbox"/> 不用餐 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> 會員組 <input type="checkbox"/> 長春組 <input type="checkbox"/> 來賓 | <input type="checkbox"/> 用餐 <input type="checkbox"/> 不用餐 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> 會員組 <input type="checkbox"/> 長春組 <input type="checkbox"/> 來賓 | <input type="checkbox"/> 用餐 <input type="checkbox"/> 不用餐 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5 | | | | | <input type="checkbox"/> 會員組 <input type="checkbox"/> 長春組 <input type="checkbox"/> 來賓 | <input type="checkbox"/> 用餐 <input type="checkbox"/> 不用餐 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

※報名費 500 元將於出席參賽時全額退回，當天未出席者恕不予退款。

※長春組限 65 歲以上(民國 42 年 09 月 20 日前(含)出生)者報名。

※如未事先完成報名程序並繳交報名費者，與當天參與同樂之貴賓成績，皆不列入比賽成績計算，敬請見諒。

報名費用合計：

元整。

※劃撥收據黏貼處※

郵政劃撥帳號：「0404 4902」 戶名：社團法人高雄市牙醫師公會

劃撥時請務必於通訊欄註明：高爾夫、醫師姓名。

公會傳真文件量多，傳真後請務必『當天』來電確認

傳真：(07) 335-0352 電話：(07) 335-0350