



留存聯

繳交聯

學務處收表日期____年____月____日 編號_____

2016 臺北醫學大學 楓杏 暑期國中生物醫學研習營

活動資訊

- 日期：08/02(二)-08/04(四)
- 地點：馬公國民中學
- 對象：馬公國中 40 位、湖西國中 20 位學生

報名方式

- 日期：即日起至 5/27(五) 止
- 報名：至各校學務處填寫報名表，依報名先後順序錄取，額滿為止
- 費用：完全免費

活動介紹

營隊內容包含醫院參觀、複製科技、微生物學、藥理學、急救、動手做實驗、免疫系統與疾病等課程，不論是懷著滿腔醫學魂、還是對生物醫學有興趣、或是想多認識北醫，今年暑假等你來喔！

洽詢方式

北醫領隊老師 邱聖博組長 (02)2736-1661#2418
楓杏分隊長 馮芷筠學姊 0920-691-996

指導單位：教育部、衛生福利部、臺北醫學大學學務處及進修推廣處
主辦單位：臺北醫學大學楓杏醫學青年服務團、澎湖縣馬公國民中學
協辦單位：臺北醫學大學醫學相關學科、澎湖縣湖西國民中學、三軍總醫院澎湖分院

請沿此虛線撕下

2016 臺北醫學大學楓杏醫學青年服務團 國中生物醫學研習營報名表

照片黏貼處 請實貼一張大頭照	姓名			
	生日	民國____/____/____	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	身分證字號		飲食	<input type="radio"/> 葷 <input type="radio"/> 素
	通訊電話	()	手機	
T恤尺寸	<input type="checkbox"/> 3XL <input type="checkbox"/> 2XL <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 小 XL 若不知道請填身高_____cm，體重_____kg			
保險受益人(關係)	()	班級	_____國中 _____年____班	
E-MAIL	@			
緊急聯絡人及電話	姓名：	關係：	電話或手機：	
通訊住址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
特殊疾病	(請務必填寫，以利緊急醫療處理)			
期望學到什麼?				
曾參加的營隊				第_____參加本醫學營課程
◎臺北醫學大學 楓杏醫學青年服務團 地址：臺北市吳興街 250 號 北醫聯絡人：馮芷筠(紅豆) 0920-691-996			填妥後確認無誤 學員簽名：	

家長同意書

茲同意子弟_____參加臺北醫學大學辦理之國中生物醫學體驗營 2016/08/02(二) — 2016/08/04(四) 研習期間願 遵守團體紀律，如因不守規定而發生意外事件，願自行負責。

家長_____簽章

中華民國 105 年 _____ 月 _____ 日