

2024年兒童繪畫比賽報名表

參賽組別	<input type="checkbox"/> 幼兒園組（國小入學前） <input type="checkbox"/> 國小低年級組（一、二年級） <input type="checkbox"/> 國小中年級組（三、四年級） <input type="checkbox"/> 國小高年級組（五、六年級）	主題 （國小組）	<input type="checkbox"/> 就醫經驗 （如視力保健、疫苗注射、門診就診等） <input type="checkbox"/> 住院經驗 <input type="checkbox"/> 醫護交流經驗 <input type="checkbox"/> 其他_____		
學生姓名	出生日期	民國	年	月	日
家長姓名	連絡電話		手機		
聯絡地址	<input type="text"/> - <input type="text"/> 【請以正楷書寫，以利獲獎通知作業】				
電子信箱					
學校	<input type="text"/> 【請以正楷書寫，以利獲獎通知作業】		班級	_____年	_____班
作品說明					

注意事項

- ◆ 參賽作品不論是否得獎，參加者均同意將參賽作品永久無償授權主辦單位佑民醫院使用，作品不寄回。
- ◆ 依中華民國稅法規定，中獎獎項價值超過新台幣 1,000 元(含)以上者，主辦單位將依法開立所得稅扣繳憑單。
- ◆ 主辦單位保有解釋、修正、變更及取消本比賽活動之權利。

本報名表歡迎影印使用

報名表請寄送：佑民醫院 行政部 收

南投縣草屯鎮太平路一段200號9樓