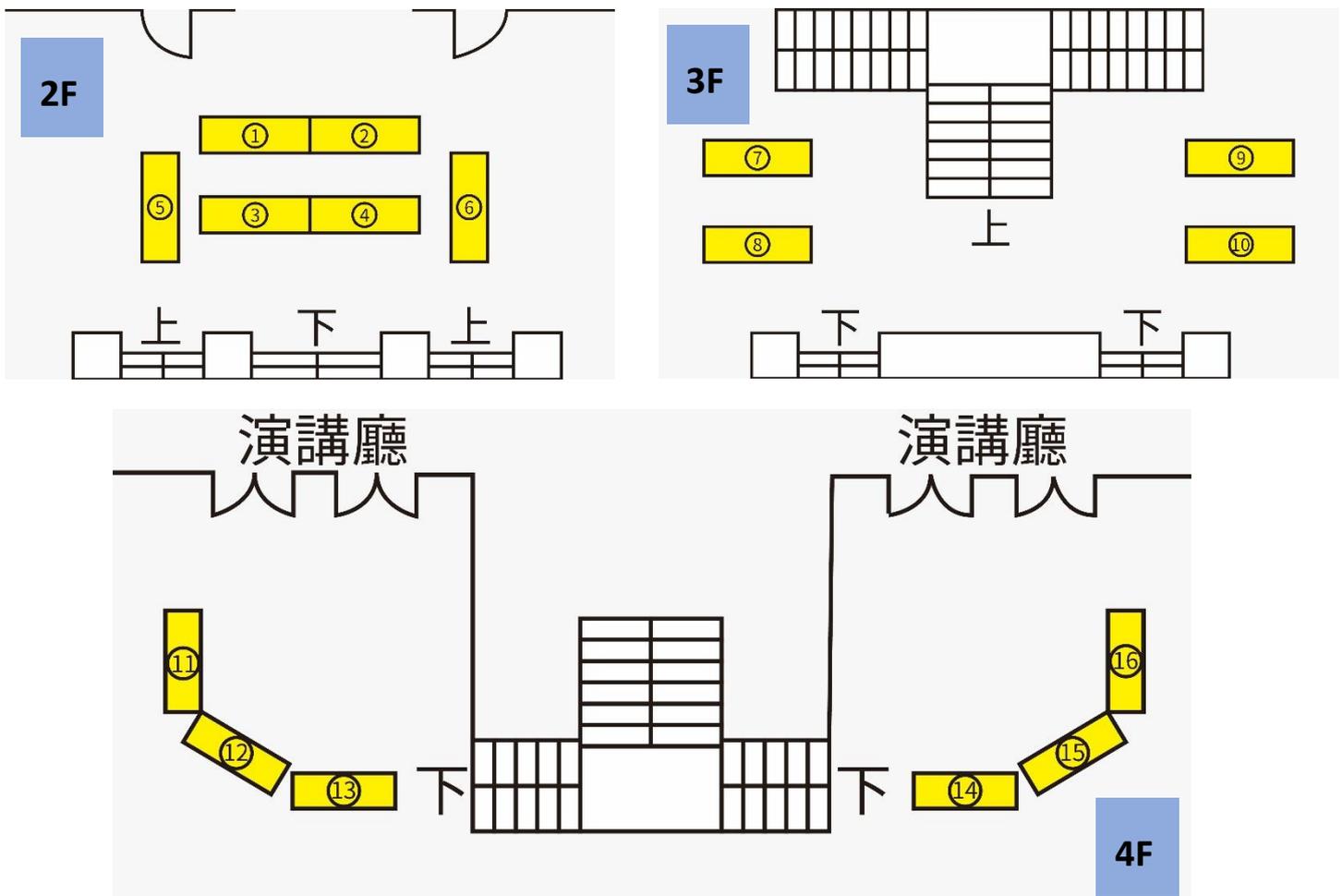


第二屆口腔醫療就業博覽會廠商相關事宜

為提供口腔醫學院學生實際接觸產業端之平台，促進產學連結，使學生能夠提早規劃職涯發展。謹訂於中華民國一〇九年三月十三日(星期五)，上午九時，於臺北醫學大學杏春樓舉辦「第二屆口腔醫療就業博覽會」。邀請業界代表廠商參展及演講，為口腔醫學院學生，創造更多實習與就業媒合。

- 機構設攤：宣傳品牌，使北醫傑出學子更加認識各界優秀機構
 - 時間：109/03/13(五) 09:00-17:00
 - 地點：臺北醫學大學杏春樓 2-4 樓
 - 費用：每攤位新台幣貳萬元，每機構一單位為限(詳細資料如費用說明)
 - 攤位配置圖：每攤位大小約 180*60 公分會議長桌(如圖一)
(請回傳捐款單證明時，將預想攤位位置按編號填寫傳至信箱 kuanyuxx@tmu.edu.tw；填寫格式範例：1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16)
 - 主辦方提供：桌椅、桌牌、宣傳 DM、廣告背板、(電源)
(若有用電需求請在 2/21(五)下午 17 前填寫用電需求表傳至信箱 kuanyuxx@tmu.edu.tw)
 - 為製作宣傳 DM，請廠商於 2/21(五)下午 17 點前提供下列資料：
 1. 機構名稱
 2. 負責人姓名
 3. 負責人獨照
 4. 機構 logo(AI 或 PSD 檔佳)
 5. 機構特色介紹(50 字內)
- ※ 請報名廠商於 109/03/13(五)08:00 前報到及佈展

圖一：攤位配置圖



- 機構講座：增加更多曝光度，讓學生更加了解貴機構的營運及工作內容

- 內容：機構營運方針、徵才方式及特色介紹

- 時間：109/03/13(五)每單位 15 分鐘講座。

(講座順序恕不提供選擇，順序將於 3/6(五)前告知)

- 地點：臺北醫學大學杏春樓 4 樓演講廳

- 費用：每一場次新台幣壹萬元，每機構一場為限(詳細資料如費用說明)

※ **請報名講座機構於 109/03/13(五)上午 8 點前報到，並於 03/09(一)中午 12 點前繳交演講簡報至信箱 kuanyuxx@tmu.edu.tw**

※ 費用說明：

廠商參展酌收捐款新台幣貳萬元；講座每一場次酌收新台幣壹萬元，需報名參展才可報名講座。請於 **2/21(五)下午 17 點前**填寫捐款單(附表一)並匯款至財團法人臺北醫學大學(147-004-0003639-6)指定口腔醫學院帳戶：4152E1 捐款-口腔醫學院實驗及研究費用(預算編號 4152E1-E02-3)並傳送相關證明至聯絡信箱：kuanyuxx@tmu.edu.tw 口發中心劉冠宇專案經理收。)

※ 捐款單填寫方式：

1. 機構只需填寫名稱及欄位，第一欄姓名及個人欄位無須填寫
2. 捐款用途-指定用途欄位，請勾選口腔醫學院實驗及研究費用(學生實驗室設備更新)
3. 個人資料聲明簽名處若為機構請留空

活動流程表：

時間	內容	1300-1320	講座六
0900-0920	長官致詞	1325-1345	講座七
0930-0950	講座一(北醫口腔醫學院)	1350-1410	講座八
0955-1015	講座二(附醫牙科部)	1440-1500	講座九
1020-1040	講座三(萬芳牙科部)	1505-1525	講座十
1115-1135	講座四(雙和牙科部)	1530-1550	講座十一
1140-1200	講座五	1610-1630	講座十二
1200-1300	休息	1635-1655	講座十三

時間:109/03/13(五) 09:00-17:00

地點:臺北醫學大學醫療綜合大樓 2-4 樓(含展示廳)

活動聯絡窗口：

臺北醫學大學口腔醫學院管理發展中心 劉冠宇專案經理

電話:(02)2736-1661 分機:5161 信箱:kuanyuxx@tmu.edu.tw



臺北醫學大學捐款單

(抵免臺灣稅款適用)

填表日期：____年____月____日

資料填妥後請傳真、E-mail 或郵寄至本校公共事務處

基本資料	姓名	身分證號	職稱	生日	年	月	日		
	機構名稱 (服務單位)	統一編號	機構負責人 姓名與職稱						
	身分別	<input type="checkbox"/> 校友, 民國____年____系所畢業, 學號____屆別____ <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 學生家長 <input type="checkbox"/> 社會人士 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 機關(公益)團體 <input type="checkbox"/> 公/學/協會 <input type="checkbox"/> 其他____							
	聯絡方式	公司：	住家：	傳真：	手機：				
	電子信箱				本校勸募者姓名				
	通訊地址	縣市	鄉市鎮區	路街	段	巷	弄	號	樓之
	聯絡人/秘書	姓名：	電話：	E-Mail：					
	捐款徵信	是否同意將姓名、捐助金額、用途刊登於本校網站或刊物？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 匿名							
收據	<input type="checkbox"/> 同捐款人姓名、身分證字號 <input type="checkbox"/> 同機構名稱(服務單位)、統一編號 <input type="checkbox"/> 其它, 抬頭：____身分證/統一編號：____ 寄送地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他：____								
	捐款金額	<input type="checkbox"/> 一次捐款新台幣____元整。 <input type="checkbox"/> 定期捐款每 <input type="checkbox"/> 月/ <input type="checkbox"/> 年：新台幣____元整, 自民國____年____月起至____年____月止, 共____個月/年, 合計新台幣____元整。							
指定用途	<input type="checkbox"/> 口腔醫學院大樓興建基金 <input type="checkbox"/> 口腔醫學院學研發展基金 <input type="checkbox"/> 口腔醫學院實驗及研究費用(學生實驗室設備更新) <input type="checkbox"/> 其他____								
捐款方式	<input type="checkbox"/> 現金	請洽公共事務處(02)2736-1661#2650							
	<input type="checkbox"/> 支票	【抬頭：財團法人臺北醫學大學】							
	<input type="checkbox"/> 薪資扣款	限本校專任教職員適用							
	<input type="checkbox"/> 郵政劃撥	【帳號：18415001, 戶名：財團法人臺北醫學大學】請於「通訊欄」加註：連絡電話、地址、收據抬頭、身分證字號或統一編號、捐款用途。							
	<input type="checkbox"/> 銀行匯款	【受款銀行：永豐銀行三興分行(銀行代碼 807), 戶名：財團法人臺北醫學大學, 帳號：147-004-0003639-6】							
	<input type="checkbox"/> ATM轉帳	銀行帳號同銀行匯款, ATM轉帳請填寫帳戶後五碼(必填) ____以利對帳							
	<input type="checkbox"/> 信用卡	發卡銀行：____卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> U CARD <input type="checkbox"/> AE 卡號：____—____—____—____—____共16碼) 有效期限：西元____年____月, 持卡人簽名：____(須與信用卡簽名一致)							
	<input type="checkbox"/> 自行網路 信用卡捐款	公共事務處網站： https://pasys.tmu.edu.tw/allpay/							
<input type="checkbox"/> 私校興學	透過財團法人私立學校興學基金會指定捐贈臺北醫學大學(請洽公共事務處, 須另填表單)(適用：個人捐贈總額超過綜合所得總額 20%, 營利事業捐贈總額超過所得總額 10%)								
■聯絡人：張美華 mayhwa@tmu.edu.tw 電話:(02)2736-1661#2650 專線電話:(02)2739-7285 傳真:(02)2739-6386 ■地址：11031 台北市信義區吳興街 250 號 (臺北醫學大學公共事務處)									

※我____(請簽名)同意附表「臺北醫學大學個人資料告知聲明」

臺北醫學大學個人資料告知聲明

為感謝您的熱心捐助，本校將蒐集您的個人資料建檔永久保存、維護更新與保管，統計累積捐贈金額，凡達本校「感謝捐助辦法」及「教育部捐資教育事業獎勵」標準者，將於校園留名及提供各項榮譽與優待，並向教育部申請獎勵，再次表達謝忱。

個人資料範圍：捐款人姓名、身份證字號(護照號碼)、出生年月日、電話、傳真、電子郵件信箱、地址、與配合您所指定信用卡捐款方式所提供之金融資料，以及本校校友畢業系所、年度、屆別、服務機構(C001、C002、C003、C011、C031、C038、C051)等資料。

個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

■期間：將永續保存您的個人資料，作為累計捐贈金額達規定標準時感恩致謝。

■地區：本校為募款業務所及地區。

■對象及方式：個人資料將被利用於開立捐贈收據，寄送捐贈收據、感謝函與紀念品，本校網頁(站)與刊物公開徵信。為感謝捐助統計分析留名紀念及提供各項榮譽與優待，並利用您所提供之聯絡電話、E-mail 通知您參與本校慶典活動邀約聯絡通知，若捐款人指定為信用卡捐款方式，則將透過金融機構作扣款處理事宜。

個人資料之權利：您可依個人資料保護法第 3 條規定，向本校公共事務處就您的個人資料行使請求查詢、閱覽、複製、補充、更正，及請求停止蒐集、處理、利用、刪除等權利。聯絡電話：(02)2736-1661 分機 2650，傳真號碼：免付費 0800-501-050 或(02)2739-6386，電子郵件信箱：Alumni@tmu.edu.tw，我們將竭誠為您服務。

於蒐集您的個人資料時，如有資料未完備，則可能對您的服務有所影響。若您「同意」提供您的個人資料，請於本告知聲明書上簽名後回傳。反之，若您「不同意」提供您的個人資料時，本校將遵守「個人資料保護法」之規定，無法對您表達致謝與服務。

本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

臺北醫學大學用電裝設申請表

申請單位		填表人		聯絡分機	5161
使用人				聯絡分機	5161
裝設位置				需求時間	1090313(五) 0800-1700
設備名稱				設備容量	_____ KW _____ HP _____ A
需求設備用電電壓 (如無法確認設備迴路時，請 填寫設備容量或提供手冊)		<input type="checkbox"/> 1Φ 110V <input type="checkbox"/> 插座 <input type="checkbox"/> 迴路 <input type="checkbox"/> 緊急電源 數量 _____ <input type="checkbox"/> _____ A			
		<input type="checkbox"/> 1Φ 220V ₁ <input type="checkbox"/> 插座 <input type="checkbox"/> 迴路 <input type="checkbox"/> 緊急電源 數量 _____ <input type="checkbox"/> _____ A			
		<input type="checkbox"/> 3Φ 220V ₁ <input type="checkbox"/> 迴路 <input type="checkbox"/> 緊急電源 數量 _____ <input type="checkbox"/> _____ A			
		<input type="checkbox"/> 3Φ 380V ₁ <input type="checkbox"/> 迴路 <input type="checkbox"/> 緊急電源 數量 _____ <input type="checkbox"/> _____ A			
其他需求					
營 繕 組 意 見 欄					
審 核	申請單位主管	營繕組承辦人	營繕組組長	總務長	
完工 簽認	申請 單位	施工 費用	完工 日期		

說明：1. 新增電源電力請自行填寫或洽營繕組承辦人**蔡等進**（分機 2353）。

961123 版

2. KW 為設備容量、HP 為設備馬力、A 為設備額定電流。

3. 用電需求請在需求日前 10 天申請。

