** 國際扶輪3490地區2014-2015 W.C.S.**

**蒙古國社區牙科照護服務活動案團隊報名表**

**旅行社所需資料**

|  |  |
| --- | --- |
| **所屬社** |  |
| **英文RTN** |  |
| **中文姓名** |  |
| **英文姓名**  **(護照上的英文姓名)** |  |
| **出生年月日** |  |
| **電話** | (O)  (H)  手機： |
| **地址** |  |

**簽證：(請事先準備下列資料)**  
**１．請準備2張2吋彩色近照**   
２．身分證正反面影本及護照影本

３．個人基本資料：中英文姓名/地址/電話/出生年月日/等

**４．6個月以上有效護照正本 (需2015年03月25日以後)**

**備註: 報名時請繳訂金 NT$10,000**

**請將【報名表】**(可重覆影印使用)**填寫後於2014年7月31日前，傳真或E-Mail**

**回覆至：國際扶輪3490地區辦公室**

**TEL：(02)2967-9591** **FAX：(02)2967-2104**

**E-Mail： info@rid3490.org.tw**