**社團法人台灣醫務管理學會**

附件7

**2023年台灣健康照護品質管理競賽**

**《繳費/收據回執單》**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **機構全銜** |  | | | |
| **機構類別** | □醫學中心、□區域醫院、□地區醫院、□長照機構、□大專院校 | | | |
| **參賽組別** | **指標監測組** | **品質改善組** | **卓越機構組** | **海報競賽組** |
| **書面審查/海報評選費用說明** | 新台幣5,000元 （地區醫院及長照機構：新台幣3,000元） | 新台幣5,000元 （地區醫院及長照機構：新台幣3,000元） | 新台幣 20,000元 | 新台幣 1,000元 |
| **參賽組數** (請依繳納組數，自行填寫) |  |  |  |  |
| **總金額** |  | | | |

1.請將**回執單**及**繳費證明**掃描為**PDF**檔，至[【繳費證明上傳區】](https://forms.gle/AYA6ZQdaV8sTXhD88)(網址：<https://forms.gle/AYA6ZQdaV8sTXhD88>)上傳。

2.請於**各組別報名截止日前**完成費用繳交。

3.為利核對繳費狀況，**請依繳納費用項目填寫對應「參賽主題」**，避免核對疏漏。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **繳費對應參賽主題**（表格不足請自行增加列） | | | | |
| **項次** | **指標監測組** | **品質改善組** | **卓越機構組** | **海報競賽組** |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

| **請填寫收據寄送之聯絡人員資訊** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **職稱** |  |
| **單位** |  | **電話** |  |
| 收據抬頭 (若需統編，請於抬頭後加註) |  | | |
| **收據寄送地址** |  | | |

|  |
| --- |
| **繳費收據/證明黏貼處**  （請確認掃描收據/證明內容資訊清晰） |