



中國醫藥大學信用卡捐款單

填表日期： 年 月 日

信用卡捐款資料

持卡人姓名：	發卡銀行：	授權號碼：【持卡人勿填】	授權日期：【持卡人勿填】
卡別及卡號：(不適用大來卡) <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> U卡 <input type="checkbox"/> 美國運通 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		信用卡有效期限： <input type="text"/> <input type="text"/> 月 / 西元 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年	
定期捐款： <input type="checkbox"/> 500 元/月 <input type="checkbox"/> 1,000 元/月 <input type="checkbox"/> 3,000 元/月 <input type="checkbox"/> 5,000 元/月 <input type="checkbox"/> 10,000 元/月 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 元/月 <input type="checkbox"/> 捐款期間自 _____ 年 _____ 月 起 至 _____ 年 _____ 月 止 <input type="checkbox"/> 捐款期間持續延展(有效期限到期,本會自動續延。如欲終止請來電告知)		持卡人簽名： (請與信用卡背面相符) <div style="border: 1px dashed black; height: 50px; width: 100%;"></div>	
單次捐款： _____ 元			

捐款指定用途(請勾選)

- 校務發展基金 臨床醫學教育基金 薪傳還款基金
愛心午餐暨課輔基金 安康校區建設基金
研究生出國專款(可指定下列碩士班/博士班) 教學卓越計畫基金(此基金可指定下列系所)

- 醫學院
醫學系
牙醫學系學士班/碩士班
基礎醫學研究所碩士班/博士班
臨床醫學研究所碩士班/博士班
癌症生物學研究所碩士班
免疫學研究所碩士班

- 中醫學院
中醫學系學士班/碩士班/博士班
學士後中醫學系
中西醫結合研究所碩士班/博士班
針灸研究所

- 藥學院
藥學系學士班/碩士班/博士班
中國藥學暨中藥資源學系學士班/碩士班/博士班
藥用化妝品學系學士班/碩士班

- 健康照護學院
護理學系學士班/碩士班
醫學檢驗生物技術學系學士班/碩士班
營養學系學士班/碩士班/博士班
物理治療學系學士班、復健科學碩士班
運動醫學系
口腔衛生學系
生物醫學影像暨放射科學系碩士班/博士班
二年制呼吸治療學系

- 公共衛生學院
公共衛生學系學士班/碩士班/博士班
職業安全與衛生學系學士班/碩士班
醫務管理學系/碩士班
健康風險管理學系
生物統計研究所碩士班

- 生命科學院
生物科技學系學士班/碩士班/博士班
神經科學與認知科學研究所碩士班

捐款人基本資料

收據抬頭	<input type="checkbox"/> 同持卡人 <input type="checkbox"/> 指定其他抬頭 _____		
	身分證字號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (公司行號請寫統一編號)		
收據寄送	<input type="checkbox"/> 每次寄送 <input type="checkbox"/> 年度彙總 <input type="checkbox"/> 無需開立	出生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
收據地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣 鄉 鎮 村 路	市 區 里 街 段 巷 弄 號 樓
聯絡電話	市話： _____	E-mail	
	手機： _____		

※請於填妥本單後，傳真、郵寄或 E-Mail 至本校，感謝您！

『以上資料僅提供本校捐款用，絕對保密不外洩』

地址：40402 台中市北區學士路 91 號 公共事務處-募捐委員會

傳真：886-4-22060248 電話：886-4-22053366 ext 1012

聯絡人：林佳瑩小姐 信箱：fund@mail.cmu.edu.tw

本單若不敷使用，煩請自行影印，謝謝您！