社團法人高雄市醫師公會第二十三屆保齡球賽報名表回條

參賽者姓名： (參賽者為會員配偶時請註明會員姓名： 醫師)

出生年月日： 年 月 日

院所名稱：

聯絡電話： 聯絡地址：