2022年國際癌症研究研討會：表觀遺傳學、免疫檢查點與臨床治療

徵求贊助廠商

您好：

感謝貴公司多年來對臺北醫學大學醫學院醫學科學研究所的長期支持。本所將於**111年6月16-17日（星期四、五）**於臺北醫學大學舉行**「2022年國際癌症研究研討會：表觀遺傳學、免疫檢查點與臨床治療」**，大會議程包含大會演講、邀請演講、海報展示及各種廠商贊助活動。除了國內學者外，本次會議邀請國內外知名研究學者前來一同參與本次盛會，相信如果有您的加入與支持，必定使得本次會議更加蓬蓽生輝。

本次研討會之贊助活動項目，包含手冊廣告內頁等活動來提供貴公司宣傳或是推廣您的產品及業務。本大會將能提供貴公司與客戶及未來潛在客戶更有效益之交流機會。期待貴公司能一同共襄盛舉。以下附件為贊助項目以及場地說明。煩請貴公司於111年5月10日前將贊助項目內容送交至主辦單位。再次感謝貴公司惠予贊助。

敬祈

商安

臺北醫學大學醫學院醫學科所研究所 陳瑞明 所長　敬邀

主辦單位：臺北醫學大學醫學院醫學科學研究所

共同主辦單位：臺北醫學大學研發處、臺北醫學大學附設醫院、臺北市立萬芳醫院(委託財團法人臺北醫學大學辦理)、衛生福利部雙和醫院、台北癌症中心

招商組

林俊茂 教授　臺北醫學大學醫學科學研究所事業發展處事業長 (分組召集人)
廖彩岑 助理教授 臺北醫學大學醫學科學研究所
李育誠 助理教授 臺北醫學大學醫學科學研究所

貴公司您好：

請於以下勾選您可提供的贊助項目

煩請您於111年5月10日前以電郵回傳此份資料至**liaotsaitsen@tmu.edu.tw**

一、手冊廣告　刊登於大會手冊，開會期間分送與會者。

☐ **A4 size 彩色內頁，NT$ 5,000/頁。金額NT$_____x _____頁。**

若有任何問題煩請您利用以下聯絡資訊：

會議聯絡郵件信箱 **liaotsaitsen@tmu.edu.tw**

臺北醫學大學〈大會招商聯絡處〉廖彩岑 助理教授（02-27361661轉3435）

李育誠 助理教授（02-27361661轉3412）

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		身份證號		職稱		生日	年　月　日
	服務單位（機構名稱）		統一編號		機構負責人姓名與職稱			
	身 分 別	□個人　□企業　□機關團體　□員工 □校友，民國_____年_____系所畢業						
	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及刊物？□同意　□匿名						
收據	□同捐款人姓名、身分證字號　□同服務單位（機構名稱）、統一編號 □其它，抬頭：_____身分證/統一編號：_____ 寄送地址：□同通訊地址　□其他：_____							
捐款內容	捐款金額	■一次捐款新台幣_____5,000_____元整。 □定期捐款每□月/□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	■ 醫學科學研究所學術研究基金-2022 醫科所國際研討會招商廣告						
捐款方式	□現金	請洽公共事務處(02)2736-1661#2650 財務蔡雪萍小姐						
	□支票	【抬頭：財團法人臺北醫學大學】						
	□薪資扣款	限本校專任教職員適用						
	□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、身份證字號或統一編號、捐款用途。						
	□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】						
	□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**						
	□信用卡	發卡銀行：_____卡別：□VISA □Mastercard □JCB □U CARD □AE 卡號：_____ — _____ — _____ — _____共 16 碼） 有效期限：_____月_____年(西元)，持卡人簽名：_____(須與信用卡簽名一致)						
	□網路信用卡	線上捐款：https://reurl.cc/7rXN1l						
	□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：莊薇薇 chuangww@tmu.edu.tw 電話:(02)2736-1661#2751 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 2751，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。

<u>本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容</u>