

數位牙醫體驗營—第 6 期招生簡章

牙醫學系依專業師資及教學設備規劃牙醫數位體驗活動。利用專業知識及實際操作牙醫相關設備的方式增加高中學子對牙醫學課程的瞭解，內容包括基本牙醫知識外，牙醫訓練模擬機、口腔掃描機、手術縫合操作、牙齒窩洞填補等，充分感受牙醫學有趣的經驗。

日期	活動時間	報名截止	對象
115 年 7 月 4 日(六)	09:00AM-16:00PM	115 年 6 月 26 日(五)止	高中生
費用：\$3,800 元			

【報名方式】

網路報名：請於本校推廣教育網站(<http://extservice.csmu.edu.tw/>)使用參加活動之學生姓名及相關資料註冊會員，會員註冊成功後即可線上報名。

【錄取方式】

依網路報名時間先後依序錄取，請於錄取通知繳費日(含)起 3 日內完成繳費並由報名網頁下載招生簡章，填寫「學員基本資料表暨家長同意書」經本人及家長簽名，**當天攜帶正本**，未完成前述程序者自動喪失正取資格由備取生遞補。

【繳費方式】

1. 本校會以電子郵件通知錄取，請依據錄取通知郵件中的銷帳編號及金額利用 ATM 或網路銀行繳費。
2. 銀行臨櫃匯款者，受款人抬頭為「財團法人中山醫學大學」，金融行庫為 009 彰化商業銀行，分行代碼為 4004，分行名稱為「北台中分行」，再加上錄取通知郵件中的銷帳編號。

【活動費用】

費用包含：實驗耗材費及保險費、餐費。

【退費標準】

因故無法如期參加活動，得依以下規定辦理退費：

- 1、因報名人數不足、天災或疫情因素取消活動者，扣除匯款手續費後退還已繳費用。
- 2、學員自報名繳費後至 2026 年 6 月 12 日前辦理退費者，退還已繳費用之九成。
- 3、2026 年 6 月 13 日起至 2026 年 6 月 19 日 17:00 前辦理退費者，退還已繳費用之七成。
- 4、退費受理截止時間為 2026 年 6 月 19 日 17:00 前，逾期不退費。
- 5、學員辦理退費應於收到退費通知後 7 日內繳交退費申請書及本人存摺影本，逾期未繳不予辦理。
- 6、營隊進行中如遇天災或疫情等特殊狀況需中止課程時，依未完成課程比例退費。

【課程聯絡資訊】

牙醫系 陳老師 04-36098048

推廣教育網址：<http://extservice.csmu.edu.tw> (課程類別：高中營隊)

本校地址：40201 台中市南區建國北路一段 110 號



學員基本資料表暨家長同意書

課程名稱	數位牙醫體驗營第 6 期		用餐習慣	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食
姓名		生日	年 月 日	
身分證號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
就讀學校	縣/市	高中	年 級	<input type="checkbox"/> 一年級 <input type="checkbox"/> 二年級 <input type="checkbox"/> 三年級
學員手機				
E-mail	(請務必填寫正確以利通知錄取及繳費資訊)			
通訊地址				
健康狀況	<input type="checkbox"/> 無，身體健康 <input type="checkbox"/> 過敏 (禁忌食物：) <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 其他： ● 需他人協助、照顧或患有傳染性疾病者，請勿報名參加。			
家 長 聯 絡 資 訊				
緊急聯絡人及電話	姓名		關係	
	手機		市內電話	
【退費標準】 因故無法如期參加活動，得依以下規定辦理退費： 1、因報名人數不足、天災或疫情因素取消活動者，扣除匯款手續費後退還已繳費用。 2、學員自報名繳費後至 2026年6月12日前辦理退費者，退還已繳費用之九成。 3、2026年6月13日起至 2026年6月19日17:00 前辦理退費者，退還已繳費用之七成。 4、退費受理截止時間為 2026年6月19日17:00 前，逾期不退費。 5、學員辦理退費應於收到退費通知後 7 日內繳交退費申請書及本人存摺影本，逾期未繳不予辦理。 6、營隊進行中如遇天災或疫情等特殊狀況需中止課程時，依未完成課程比例退費。				
【注意事項】 1. 學員參加本活動需自備口罩並依規定全程配戴，報到時檢查口罩及量測體溫，當日未攜帶口罩或體溫高於 37.5 度時，不得參與當日活動，亦不予退費。 2. 依據教育部 111 年 03 月 09 日臺教高(四)字第 1112201260 號文，大學辦理營隊或相關研習活動不得授予參與證明。				
所填資料確認無誤並同意退費及注意事項之規定 學員簽名：_____				
家長 同意書	茲同意_____參加中山醫學大學辦理之數位牙醫體驗營第 6 期 並同意主辦單位代為投保旅遊平安險，活動期間願遵守團體紀律，如不遵守 規定而發生意外事件，願自行負責。			
	家長	簽章	中華民國	年 月 日