

社團法人台北市會計師公會 函

地址：臺北市中正區南海路1號9樓之1
傳真：02-2391-1571
聯絡人及電話：劉矜沅 02-2392-5077 分機 32
E-mail：lyliu@tpecpa.org.tw
網址：http://www.roccpa.org.tw

受文者：本會全體會員

發文日期：中華民國 107 年 10 月 16 日
發文字號：北市會字第 1070377 號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如文

主旨：本會為協助各校高中學生了解會計師行業，俾供學子作為未來選系及職業生涯規劃參考，擬於 108 年 1 月 28 日(星期一)寒假期間辦理「2019 會計教育向下紮根」活動，如欲報名者，請於 107 年 11 月 23 日(星期五)前依後附簡章報名表，填妥後送達本會為禱。

說明：

- 一、依本會公益公關委員會 108 年度工作計畫決議辦理。
- 二、活動日期：108 年 1 月 28 日(星期一)
- 三、報到時間：108 年 1 月 28 日上午 8 點 30 分至 9 點整
- 四、報到地點：國立臺北商業大學承曦樓 10 樓國際會議廳外
(台北市中正區濟南路一段 321 號)。
- 五、活動地點：國立臺北商業大學(台北市中正區濟南路一段 321 號)。
- 六、活動費用：本次活動全程免費。
- 七、活動內容：會計師經驗分享、會計系所面試實務操作指南及相關活動
- 八、全程參與者活動結束後將頒發結業證書。
- 九、報名資格：本會會員子女且目前就讀高中三年級優先，名額共 50 人，以收到報名表順序為準，報名一經額滿，即於本會網站最新消息內刊登(網址：<http://www.roccpa.org.tw>)，不另行通知。謝謝。
- 十、本活動將辦理一日旅遊平安保險，請詳實填寫個人資料。

十一、本案聯絡人：

●社團法人台北市會計師公會：

劉妘沅小姐，電話：(02)2392-5077#32。

●國立臺北商業大學會計資訊系：

鄒復証先生，電話：(02)2322-6365

十二、隨函檢送相關簡章、報名表，意者請以郵寄或傳真方式送達本會。

正本：本會全體會員

副本：國立臺北商業大學會計資訊系、本會公益公關委員會

理事長 吳漢期

社團法人台北市會計師公會「2019 會計教育向下紮根」 活動簡章

一、舉辦目的：

本會為協助在學學生了解會計師行業，以作為未來選系及職業生涯規劃之參考，並對會計師行業進行深入瞭解，特舉辦本活動，俾供莘莘學子有所選擇，歡迎有興趣了解會計師行業之本會會員子女（就讀高中三年級）踴躍報名參加。

二、辦理單位：

（一）主辦單位：社團法人台北市會計師公會

（二）協辦單位：國立臺北商業大學

三、報到時間與地點：

（一）報到時間：108年1月28日（星期一）上午8點30分至9點整。

（二）報到地點：國立臺北商業大學承曦樓10樓國際會議廳外
（台北市中正區濟南路一段321號）

四、活動時間與地點：

（一）活動時間：108年1月28日（星期一）

（二）活動地點：國立臺北商業大學
（台北市中正區濟南路一段321號）

五、活動內容：

會計師經驗分享、會計系所面試實務操作指南及相關活動

六、報名方式：

（一）報名資格：本會會員子女且目前就讀高中三年級優先，名額共50人，以收到報名表順序為準，預計於11月30日以mail方式寄出錄取通知，請留意報名時所提供的信箱。。

（二）請將報名表填妥後，郵寄至台北市南海路1號9樓之一，或傳真至(02)2391-1571。

（三）報名截止日期：107年11月23日（星期五）止。

（四）本次活動全程免費。

七、聯絡方式：

台北市會計師公會 劉小姐

聯絡電話：2392-5077#32 傳真：2391-1571

社團法人台北市會計師公會
「2019 會計教育向下紮根」活動時間表

時間	課程內容
08:30~09:00	報到
09:00~09:20	始業式
09:20~10:20	認識會計師行業
10:20~10:30	休息時間
10:30~12:00	認識會計師行業 (介紹事務所及一天工作)
12:00~13:30	午餐&休息時間
13:30~15:00	會計人生
15:00~15:20	休息時間
15:20~16:50	各校系主任座談時間
16:50~17:00	休息時間
17:00~17:30	座談時間
17:30~18:00	結業式

裝

訂

線

社團法人台北市會計師公會「2019 會計教育向下紮根」

會員子女報名表

會計師姓名：		北市會籍編號：	
報名之子女基本資料			
姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身分證字號：		出生日期：西元 年 月 日	
法定代理人(保險需要)：			
※保險受益人統一為法定繼承人			
就讀學校：			
班級： 年級 班			
電 話	住家：		
	手機：		
E-mail：			
(請填最常使用的郵件地址，活動相關消息將以電子郵件或簡訊方式通知)			
通訊地址：			
特殊疾病		膳 食	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食
緊急聯絡人	姓 名		關 係
	電 話	(0) (H)	
	E-mail		
備註			
請務必簽名	本人同意於個資法相關法令或本次活動所需範圍內(如保險投保)，提供並授權台北市會計師公會使用本人之個人資料，以供活動業務之用。本人願意遵守台北市會計師公會之活動安排。		
	簽名：_____ 日期：____年____月____日		