

2026 年【第 25 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽】

活動簡章

一、主辦單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

二、承辦單位：花蓮縣牙醫師公會

三、比賽日期：115.10.18(日)上午 07:00~07:30 報到，開球 7:30

四、比賽球場：花蓮高爾夫球場（970 花蓮市化道路 120 號）

五、報名費用：***繳交報名費後若不克出席，恕不退費。***

1. 個人貴賓組：每人 5000 元整（擊球費+報名費）

2. 個人競賽組：每人 5500 元整（擊球費+報名費）

3. 個人女子組：每人 5500 元整（擊球費+報名費）

4. 團體組：每隊 1500 元整（4 至 5 人一組）不分甲、乙組。

5. 家眷組：每隊 4500 元整，不計入成績。

6. 家眷晚宴：1000 元整/人，需要事先報名。【純用餐】

六、報名方式 **恕不接受現場報名**

請一律向花蓮縣牙醫師公會報名，限額名 160 名，115 年 7 月 31 日前將報名表傳真或電子檔與收據一同 E-mail 至本會信箱，額滿將提前截止報名。

E-mail 電子信箱：hualianxiany@gmail.com，謝謝！

傳真：03 - 8336593

住宿套裝行程 請一律向黃畊堤 業務專員連繫

1. 交通接送：提供花蓮火車站至球場的接送服務（依美侖飯店接駁時間表為準）

備註：團體接駁，可聯絡黃畊堤業務專員特別加開接駁班次。

2. 住宿安排：包含一晚住宿（可選單人房或雙人房）。

3. 餐飲提供：附美侖飯店早餐。10/18（日）的早餐將以「早餐盒」形式直接送至球場上球車。

4. 打球補給：每場球賽提供兩瓶飲用水。

5. 擊球費用：10/18(日) 花蓮球場的擊球費用，由公會統一報名並進行統結。

6. 線上報名與匯款資訊

1. 線上住宿表單連結 <https://www.surveycake.com/s/grpQg>

2. 匯款帳戶資料：

- 銀行：新光銀行 十甲分行
- 戶名：富巨事業有限公司
- 帳號：0435-10-301968-5

7. 聯絡管道

- 聯絡人：黃畊堤 業務專員
- 行動電話：0983-828-895
- 官方 LINE：@dot2483g



七、 比賽組別：

1. 個人組：

- A. 貴賓組：本會邀請之貴賓、長官及曾擔任各地方公會理事長、現任全聯會理監事、現任各校友會總會長。
- B. 競賽組：限牙醫師。
- C. 女子組：限牙醫師。
- D. 家眷組：牙醫師家人直系親屬，醫師夫人或姑爺，父母，子女們為限。

2. 團體組：

- A. 限牙醫師且同一縣市組隊 (報名團體組之球員，必須同時報名個人組)。

八、 比賽方式：

1. 個人組：(貴賓組、競賽組、女子組)：

- A. 總桿：總桿相同，以年長者為勝，再相同，則由第 18 洞往前比起。
- B. 淨桿：以新新貝利亞計算，以球場電腦計算為準。

2. 團體組：

- A. 取前十名給獎。
- B. 每隊 5 位隊員，取前 4 位之【淨桿加總】計算，若成績相同，則比第 5 人淨桿成績，若再相同，則比前 4 位第 18 洞桿數總和，桿數低為優勝，並以此類推。
- C. 需事先報名，不接受當場報名，如有遞補，隊員名單於比賽當天報到時由隊長確認簽名(每組最多換 1 人)。

九、 比賽規則：

- 1. 依國際之最新高爾夫球規則及花蓮高爾夫球場單行規則實施之。
- 2. 若有爭議，由裁判組裁定之。
- 3. 超過 70 歲者可打銀梯。限 45 年次以前(含 45 年次)

十、比賽編組：

1. 由大會全權事先安排編組，按編組順序採多洞開球。編組名單登錄於大會手冊，於賽前二週內寄給各參賽人員，大會有因臨場報到之狀況而調整編組之權利。
2. 除非有不可抗拒之因素，否則風雨無阻照常舉行。
3. 請儘早完成報到手續， 06：30 開始報到，並於 07：30 完成報到。

十一、比賽敘獎：

1. 團體組：取前 10 名，頒發獎盃(前 3 名)及獎品。
2. 個人組：
 - A. 貴賓組—淨桿前 3 名頒發獎盃及獎品，4-7 名頒發獎品。
 - B. 競賽組—先取「總桿 3 名」，其餘淨桿以『新新貝利亞』列入排名。
 1. 取總桿前 3 名，可代領，頒發獎盃及獎品。
 2. 取淨桿前 10 名，頒發獎盃(前 3 名)及獎品(可代領)。
 3. B. B 獎。
 4. 跳獎。
 - C. 女子組—取淨桿 1-3 名頒發獎盃及獎品。
 - D. 家眷組—參加獎。
3. 技術獎：
 - A. 近洞獎(三桿洞共 6 洞)
 - B. 二桿近洞獎(四桿洞共有 6 洞)
 - C. 三桿近洞獎(五桿洞共 6 洞)
 - D. 一桿進洞獎(限本賽事第一位進洞者，獎項以大會秩序冊公告為主)
 - E. 老鷹獎(四桿洞及十四桿洞)
4. 大會有權依報名人數增減獎項數目。
5. 若因不可抗拒之因素無法完賽，敘獎方式將由大會決定。

十二、晚宴：【請務必事先報名】：

●115.10.17 日(六)18:00

選手之夜-花蓮美侖大飯店- 2 樓餐廳(花蓮市林園 1 之 1 號)

●115.10.18 日(日)12:30

午宴及頒獎-花蓮高爾夫球場餐廳(花蓮市化道路 120 號)

十三、簡章請至牙醫全聯會會網站下載或掃 QRcode 使用

https://www.cda.org.tw/cda/news_detail.jsp?nid=2918

十四、主要聯絡人：

第 25 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽/執行長 徐正隆 醫師

聯絡電話 ☎：0933-798-391

十五、一桿進洞獎：僅限本賽事第一位進球者領取獎金。

十六、牙醫師會員如參與聯誼賽事活動，完賽後因有事提早離開，獎牌、獎品、獎狀，可以請人帶領或事後再寄回。

十六、報名表：

2026 年第 25 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽報名表

所屬公會：_____ 牙醫師公會；地址：_____

組別：A. 團體組：報名費每隊 1,500 元整(5 人一組) ※備註：由大會全權事先安排編組

隊名：_____ 隊長：_____ 聯絡手機：_____

B. 個人貴賓組：每人 5,000 元整(擊球費+報名費)，請填單位及職稱(歷任理事長/現任全聯會理監事、現任各校友會總會長)

C. 個人競賽組：每人 5,500 元整(擊球費+報名費)

D. 個人女子組：每人 5,500 元整(擊球費+報名費)

E. 團體組：每隊 1500 元整(4 至 5 人一組) 不分甲、乙組。

F. 家眷組：每隊 4,500 元整，不計入成績。牙醫師家人直系親屬，醫師夫人或姑爺，父母，子女們為限。

姓名	民國出生年月日	身份證字號	手機號碼	貴賓組	競賽組	女子組	團體組	家眷組	差點
				單位： 職稱：					
				單位： 職稱：					
				單位： 職稱：					
				單位： 職稱：					
				單位： 職稱：					

10/17 日(六) 選手之夜— 出席(葷： 位) (素： 位)花蓮美侖大飯店- 2樓 (填寫含家眷純用餐人數)

10/18 日(日) 午宴及頒獎— 出席(葷： 位) (素： 位)(花蓮球場餐廳) (填寫含家眷純用餐人數)

※為利於本會統計選手出席餐會，請務必回覆用餐人數。

●選手報名費：總計金額：_____元

(團體組)：1,500 元 X _____ 隊=_____元

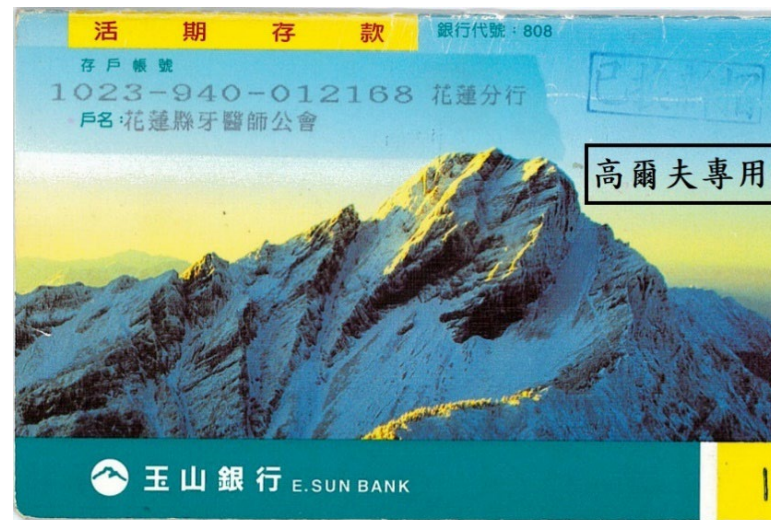
(貴賓組)：5,000 元 X _____ 元=_____元

(競賽組)：5,500 元 X _____ 元=_____元

(女子組)：5,500 元 X _____ 元=_____元

(家眷組)：4,500 元 X _____ 隊= _____元

家眷純用餐：1,000 元 X _____ 人= _____元



☆報名表填妥後請 E-mail 至 hualianxiany@gmail.com ，謝謝！

傳真：03 - 8336593 ，請於 7/31 日前回傳。

匯款帳號：玉山銀行帳號：1023-940-012168

戶名：花蓮縣牙醫師公會。

2026 年第 25 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽贊助表單

贊助單位												
贊助明細	禮品名稱		數量	份								
	禮金	元										
聯絡人			電話									
收據地址												
備 註	<p><u>禮金贊助匯款</u></p> <p>玉山銀行帳號：1023-940-012168 戶名：花蓮縣牙醫師公會。</p> <p>轉帳銀行請填：</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">轉帳日期</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">轉帳銀行</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">轉帳後五碼</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">收據抬頭</td> <td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;">   </div> <p><u>贊助禮品郵寄</u> 970 花蓮市林森路 322 號 6 樓之 1 花蓮縣牙醫師公會收。</p> <p>如蒙贊助禮品、禮金請於 8/20 日前填妥上述表格傳真至本會。</p>				轉帳日期		轉帳銀行		轉帳後五碼		收據抬頭	
轉帳日期												
轉帳銀行												
轉帳後五碼												
收據抬頭												

花蓮縣牙醫師公會

2026年第25屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽貴賓出席回函表

活動流程表

日	時間	項目	地點
10/17日 (星期六)	18:00~21:00	選手之夜	花蓮美侖飯店
10/18日 (星期日)	07:00~07:30	報到	花蓮高爾夫球場大廳
	07:30	開球	花蓮高爾夫球場
	12:30	午宴及頒獎	花蓮高爾夫球場餐廳



貴賓出席回函表

單位名稱：_____ 職稱：_____

貴賓姓名：_____ 手機：_____

日期	出席人數
10/17日(六) 選手之夜- 花蓮美侖大飯店-2樓	<input type="checkbox"/> 出席(葷： 位) <input type="checkbox"/> (素： 位) <input type="checkbox"/> 不克出席
10/18日(日) 午宴及頒獎 (花蓮球場餐廳)	<input type="checkbox"/> 出席(葷： 位) <input type="checkbox"/> (素： 位) <input type="checkbox"/> 不克出席

備註：為利於本會統計貴賓出席餐會人數，請於 8/20 日前傳真本會。

電話：03-8336595 FAX：03-8336593 傳真後請務必來電公會確認有無收到資料，謝謝。

第 25 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽
贊助表單



第 25 屆全國牙醫師盃高爾夫球錦標賽
住宿套裝行程

