



第7屆【彩繪希望】報名表

姓名	作品上公開之姓名 ※可選姓名以外的暱稱或筆名	
生日	性別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話	手機	
E-mail		
地址		

參賽內容

罹癌病友組(請檢附證明文件)，
就診醫院 _____

參加組別 病患親友組(親友罹癌)，關係 _____，
癌別 _____

醫療團隊組(醫師、護士、社工、志工等)
目前任職於 _____ 醫療院所

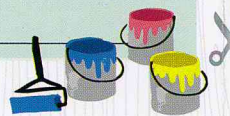
我已詳讀並同意本活動之「參賽規則」
簽名： _____ 日期： _____

作品名稱：

請以文字簡述作品概念(包含標點符號，請勿超過100字)。

您如何得知【彩繪希望】活動

- 醫療人員告知 海報、宣傳單
 大眾媒體(報紙、電視、廣播) 網站 基金會
 其他 _____



請沿線剪下

主辦單位

HOPE 財團法人癌症希望基金會
HOPE FOUNDATION for CANCER CARE

Lilly 台灣禮來股份有限公司

協辦單位



揮灑生命畫筆
的光和熱



第7屆

彩繪希望

繪畫比賽