**一張含有 文字 的圖片

自動產生的描述**

**社團法人台灣在宅醫療學會**

**會員入會**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. | 姓名 |  | | 性別 | □男 □女 | | | 出生日期 | 年 月 日 | | | | 申請日期 | 年 月 日 | | |
| B. | 最高學歷 |  | | | | | | 電話 |  | | | | 手機 |  | | |
| C. | 服務單位 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| D. | 職稱 |  | | | | | | 電子信箱 |  | | | | | | | |
| E. | 機構區域 | 縣市 | | | | | | 區/鄉鎮 | | | | | | | | |
| F. | 通訊地址 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| G. | 專業類別 | | | | | | | | | 入會費 | 常年會費 | | 總計 | | 匯款日期 | 收據編號 |
| 醫師 | 家醫科/內科/外科/兒科/婦產科/一般科/  牙醫/中醫 | | | | | | | | 3000 | 2000 | | 5000 | | 年  月  日 |  |
| 專科： | | | | 證號： | | | |
| 專科： | | | | 證號： | | | |
| 專科： | | | | 證號： | | | |
| 非  醫師 | 專業別： | | | | 證號： | | | | 1500 | 1000 | | 2500 | |
| 證件影本 | □影印後郵寄或繳交 □傳至本會電子信箱 | | | | | | | | | | | | | | |
| □1.畢業證書 □2.工作服務證明(如執業執照) □3.身分證件 | | | | | | | | | | | | | | |
| 收據寄發 | □同通訊地址；□不同通訊地址，請寄：  □已領，不需寄發； □其他： | | | | | | | | | | | | | | |
| H. | 申辦流程 | 1. 填妥本申請表格A~G項目 2. 確認匯款金額，匯入本會專戶：『社團法人台灣在宅醫療學會』   匯款專戶：國泰世華銀行(013)，大安分行，帳號102035007137；  備註欄請註明：入會-姓名   1. **本表、匯款單及證件影本(G1,2,3)，請掃描**[**回傳信箱tsohhc@gmail.com**](mailto:回傳信箱tsohhc@gmail.com)；   或郵寄本會會址：台北市中正區杭州南路一段23號10樓之4，社團法人台灣在宅醫療學會 秘書處收；   1. 相關疑義請洽02-27845075；或專線手機0900-617-215，與秘書處聯繫。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 審查結果 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □通過， 年 月 日；□再議，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_， 年 月 日；  □未通過，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_， 年 月 日； | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理事長 | | | 監事會 | | | | 會員福祉委員會 | | | | | 經辦人 | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |