



A.	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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：						
	非醫師	專業別：			1500	1000	2500		
證件影本	<input type="checkbox"/> 影印後郵寄或繳交 <input type="checkbox"/> 傳至本會電子信箱 <input type="checkbox"/> 1.畢業證書 <input type="checkbox"/> 2.工作服務證明(如執業執照) <input type="checkbox"/> 3.身分證件								
收據寄發	<input type="checkbox"/> 同通訊地址； <input type="checkbox"/> 不同通訊地址，請寄： <input type="checkbox"/> 已領，不需寄發； <input type="checkbox"/> 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 3. 本表、匯款單及證件影本(G1,2,3)，請掃描回傳信箱 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； 4. 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									
<input type="checkbox"/> 通過， 年 月 日； <input type="checkbox"/> 再議，原因 _____， 年 月 日；									
<input type="checkbox"/> 未通過，原因 _____， 年 月 日；									
理事長		監事會		會員福祉委員會		經辦人			