****

 **社團法人台灣在宅醫療學會**

 **會員入會 申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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/其他： | 3000 | 2000 | 5000 | 年月日 |  |
| 專科： | 證號： |
| 專科： | 證號： |
| 非醫師 | 專業別： | 證號： | 1500 | 1000 | 2500 |
| 證件影本 | □影印繳交 □傳至本會辮子信箱 |
| □畢業證書 □執業執照 □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； |
| H. | 申辦流程 | 1. 填妥本申請表格A~G項目
2. 確認匯款金額，匯入以下

本會戶名：『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，並請註明：入會-姓名1. 回傳本會電子信箱tsohhc@gmail.com；

本會會址：台北市中正區杭州南路一段23號10樓之41. **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；□未通過，原因 | 日期 |  年 月 日 |
| 理事長 | 監事會 | 會員福祉委員會 | 經辦人 |
|  |  |  |  |