**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 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](mailto: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4   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；□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 | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |