



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	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	<input type="checkbox"/> 影印繳交 <input type="checkbox"/> 傳至本會辦子信箱 <input type="checkbox"/> 畢業證書 <input type="checkbox"/> 執業執照 <input type="checkbox"/> 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；								
H.	申辦流程	<ol style="list-style-type: none"> 填妥本申請表格 A~G 項目 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 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 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； <input type="checkbox"/> 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			