

**社團法人台灣在宅醫療學會
會員入會 申請表**

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
	醫師	西醫/牙科/中醫/		3000	2000	5000		
		專科：	證號：					
		專科：	證號：					
	非醫師	專業別：		1500	1000	2500		
證號：								
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.專業證明 <input type="checkbox"/> 3.服務證明 <input type="checkbox"/> 4.身分證件 <input type="checkbox"/> 5.其他； 請提供二項證件，以及其中一項須附有照片回傳本會信箱。日後將不定期寄發學會活動相關資訊，及定期常年會費之繳費通知							
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)，台東分行，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：100023 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 02-23917089；或專線手機 0905-915-075，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		秘書長		經辦人

