**社團法人台灣在宅醫療學會**

□**個人 󠄂**□**團體 󠄂**□**學生 󠄂**□**贊助 󠄂會員入會 申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. | 姓名 | (團體請填代表人或聯絡人) | | | 性別 | □男□女 | | 出生日期 | 年 月 日 | | | 申請日期 | 年 月 日 | |
| B. | 最高學歷 |  | | | | | | 身份證號 |  | | | 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. | 申請類別 | 個人會員 | | 專業別 | | | | | | | 專業證號 | | | |
| 團體會員 | | 專業別 | | | | | | | 成立字號 | | | |
| 學生準會員 | |  | | | | | | | 學生證號 | | | |
| H.  繳交證件 | | 個人會員 | | □畢業證書 □專業證明 □服務證明 □身分證件 □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。 | | | | | | | | | | |
| 團體會員 | | □團體登記或開業證明 □服務證明或當選證明 | | | | | | | | | | |
| 學生準會員 | | □學生證 □身分證件 | | | | | | | | | | |
| 收據資訊 | | 抬　　頭 | |  | | | | | | | | | | |
| 寄發地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 申辦流程 | | 1. 填妥本申請表格A~H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；請註明：入會-姓名   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 申請資格 | | 入會費 | 常年會費 | 匯款總計 | | 個人會員 | 醫師類 | 3,000元 | 依申請入會月份之比例繳交，請官網入會申請頁面  (<https://reurl.cc/9OdAbV>) |  | | 非醫師 | 1,500元 |  | | 團體會員 | | 12,000元 |  | | 學生會員 | | 750元 |  | | 贊助會員 | | 10,000元以上 | |  |  1. **本表、匯款單及I.繳交證件，請掃描**[**回傳信箱tsohhc@gmail.com**](mailto: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；   1. 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| □通過， 年 月 日；□再議，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_， 年 月 日；  □未通過，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_， 年 月 日； | | | | | | | | | | | | | | |
| 理事長 | | | 通過會期 | | | | 會員福祉委員會 | | | 秘書長 | | | | 經辦人 |
|  | | | 第 屆第　次  理監事聯席會 | | | |  | | |  | | | |  |