

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	<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			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	<input type="checkbox"/> 畢業證書 <input type="checkbox"/> 專業證明 <input type="checkbox"/> 服務證明 <input type="checkbox"/> 身分證件 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 團體登記或開業證明 <input type="checkbox"/> 服務證明或當選證明																											
	學生準會員	<input type="checkbox"/> 學生證 <input type="checkbox"/> 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																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">申請資格</th> <th>入會費</th> <th>常年會費</th> <th>匯款總計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">個人會員</td> <td>醫師類</td> <td>3,000 元</td> <td rowspan="2">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)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非醫師</td> <td>1,500 元</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">團體會員</td> <td>12,000 元</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">學生會員</td> <td>750 元</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">贊助會員</td> <td>10,000 元以上</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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		
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																											
3. 本表、匯款單及 I.繳交證件，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	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																												