

台灣醫院整合醫學學會 入會申請表

一、基本資料(請以正楷或是電腦輸入完整填寫) 中華民國 年 月 日

中文姓名：		英文：		(黏貼相片一張)
出生日期(民國)：		身分證字號：		
地址	通訊處	(請填寫郵遞區號)		
	戶籍	(請填寫郵遞區號)		
現職	服務機關：		科別：	職稱：
	地址:(請填寫郵遞區號)			
聯絡	電話		傳真	
	手機		E-mail (請務必填寫)	

二、學歷

(主要)學歷：	
專業證號：	證書，證書字號：；證書，證書字號：
	專科，證書字號：；專科，證書字號：

三、與專長相關之經歷

服務機關	服務部門/系所	職稱	起訖年月

四、主要領域：

☐ 醫療 ☐ 護理 ☐ 行政管理 ☐ 其他 _____				
審查結果	☐ 通過 ☐ 不通過	會員證編號	類別	☐ 個人 ☐ 團體

備註：

- 請檢附(1)二吋相片一張 (2)身份證正反面影本乙份。
- E-mail請務必填寫，學會最新資訊將會以電子信件方式優先通知會員。
- 申請個人會員需繳交入會費及常年會費，入會費：\$1000；常年會費：\$1000/每年。
- 匯款資訊：合庫006(台大分行) 帳號：1346-717-035370 戶名：台灣醫院整合醫學學會。
(匯款後請email通知學會)
- 請檢附相關資料後郵寄(100台北市中正區中山南路7號 台灣醫院整合醫學學會 收)或email (twsohm@gmail.com)。
- 資料不齊全者，本會有權不予受理。