

亞太萊因精準健康照護學會
(Asia Pacific Rheinland Precision Healthcare Association ,ARPHA)

贊助會員入會申請書

會員編號：

中文姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女										
英文姓名		出 生 年月日	民國 年 月 日										
身分證字號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
連絡電話		行動電話											
E-MAIL	(請務必填寫清楚)												
最高學歷		學 位	☐ 博士 ☐ 碩士 ☐ 學士 ☐ 副學士 ☐ 高中以下										
服務單位名稱/職稱													
服務單位電話		傳 真											
經 歷													
戶籍地址													
收據寄送地													
審查結果	☐ 通過 ☐ 未通過:資料不符、其他	入會日期 確認	民國 年 月 日										
申請人簽章	申請日期:中華民國 年 月 日												

申請入會說明：

一、凡對本會贊助一定金額，申請時應填具入會申請書，經理、監事會審核核准者。免入會費與常年會費。

二、請繳交二吋照片一張或提供電子檔。

三、本表填妥後，請以下列任一方式寄回：1.傳真：(04)

22968146；2.

E-mail：

arpha220522@gmail.com

3.地址：406台中市北屯區中清路二段36號3樓

四、帳戶資訊：

銀行:合作金庫銀行(006)中清分行 帳號:1852-717-145798 戶名:亞太萊因精準健康照護學會