

亞太萊因精準健康照護學會

(Asia Pacific Rheinland Precision Healthcare Association ,ARPHA)

個人會員入會申請書

會員編號：

中文姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女	出 生 年 月 日	民國 年 月 日
英文姓名		身分證 字號			
醫事人員 證書字號		住 家 電 話			
E-MAIL		行 動電 話			
學 歷		學 位	☐ 博士 ☐ 碩士 ☐ 學士 ☐ 專科 ☐ 高中以下		
服務單位		職 稱			
電 話		傳 真			
現 職	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9 10.				
簡 歷	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9 10.				
戶籍地址					
收據 寄送地					
檢附資料	☐ 二吋照片	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、凡贊同本會宗旨、年滿二十歲、具有國內外大專院校以上畢業，從事相關工作或有興趣者，或取得醫事人員證書，從事醫療相關服務人員者。申請時應填具入會申請書，經理、監事會審核核准者。入會費新臺幣壹仟元整，於會員入會時繳納；常年會費新臺幣壹仟元整。

二、請繳交二吋照片一張或提供電子檔。

二、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