會員編號:
專醫證號:

社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會

個人會員入會申請表

一、基本資料　　填表日期:中華民國　　年　　月　　日

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

二、證照(含部專、次專)

____醫師____證書, 證書字號:_____	_____次專科, 證書字號:_____
_____專科, 證書字號:_____	_____次專科, 證書字號:_____
_____專科, 證書字號:_____	_____次專科, 證書字號:_____

三、現職及與專長相關之經歷

服務機關	服務部門/系所	職稱	起迄年月
醫院整合醫學相關經歷			

本人志願參加貴會會員, 並願遵守一切規章共同發展。

此　致　　申請人:　　(請親筆簽名)

社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會　　申請日期:　　年　　月　　日

備註:

1. 甄審後申請個人會員入會需繳交證書費$2,500元、入會費$2,000元及常年會費$1,000元/每年, 合計$5,500元。
   *郵局劃撥:戶名:社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會, 帳號:**50415005** (臨櫃劃撥)
   *合作金庫(006):戶名:社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會, 帳號:1346717036015 (匯款後請回信告知匯出帳號後五碼)
2. 醫學會最新資訊將會以電子信件方式優先通知會員, 紙本信件寄至通訊地址。

會員編號:
專醫證號:

社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會

3.填畢後, 請於"申請人"處親簽, 掃描成PDF檔E-mail至 tahm201707@gmail.com。