



臺灣骨科研究學會會員入會申請表

申請人姓名	(中)	身分證字號		出生日期 民國 年 月 日	
	(EN)				
聯絡電話	(住宅) (手機)	申請人簽名			
通訊處	□□□				
戶籍地	□□□				
電子信箱					
最高學歷	民國 年 月 畢業於				
現職	服務單位:		連絡電話:		
	機關地址:				
	現職:				
經歷	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
推薦醫師 (兩位)	姓名:				
	現職:		連絡電話:		
	服務單位:		會員編號: (學會填寫)		
	姓名:				
	現職:		連絡電話:		
	服務單位:		會員編號: (學會填寫)		
附註	5年內之相關論文發表:			照片黏貼處 (兩吋半身脫帽照片)	
	(篇幅不足, 敬請另紙繕寫)				
擬申請 會員別	☐ 一般會員		☐ 永久會員		☐ 準會員
會員編號	(學會填寫)		收件日期	民國 年 月 日	