



## 台灣呼吸處理醫學會會員入會申請書

(醫師會員、相關會員專用)

中文姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		請浮貼 2 吋照片
英文姓名	(請與護照相同)	出生日期	民國	年 月 日	
身分證字號		手機號碼			
最高學歷	<input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士	辦公室電話	( )	#	
畢業學校名稱		畢業科系			
永久地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
電子郵件					
服務單位名稱		部門名稱		職稱	
專科證書字號	專醫第	號	執業執照	衛 執字第	號
申請會員類別	<input type="checkbox"/> 醫師會員 <input type="checkbox"/> 相關會員    (團體會員請另行下載專用申請書)				
須檢附 審查資料影本	<input type="checkbox"/> 身分證 影印在紙本同一面 <input type="checkbox"/> 二吋照片一張 <input type="checkbox"/> 醫師或是專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 畢業證書影本乙份 申請人簽章：_____ 申請日期：民國    年    月    日				
審查結果 (秘書處填寫)	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過 _____		會員編號		

- 應檢具資格文件：身分證影本、畢業證書影本、專科醫師證書影本、2 吋相片各一份
- 審核通過寄發電子郵件函通知，並給予繳款資訊，請於確認後一週內匯款回傳繳款，核對後產生正式會員編號通知。(會員生效日即繳款日)

- 入會後須繳交：

會員類別	入會費	常年會費	合計
醫師會員	貳仟元	壹仟元	參仟元
相關會員	壹仟元	伍佰元	壹仟伍佰元

- 服務地址：114 台北市 內湖區成功路 2 段 325 號 三軍總醫院 麻醉部  
 服務電話：02-8792-3311 轉 17038 彭小姐  
 電子信箱：tsamairway@gmail.com  
 學會網站：https://www.tsamairway.org.tw