



台灣呼吸道處理醫學會團體會員入會申請書

團體名稱											
負責人姓名		負責人職稱									
團體聯絡電話		團體機關 E-mail									
團體通訊地址	□□□										
聯絡人姓名		聯絡人服務單位									
聯絡人連絡電話		聯絡人職稱									
聯絡人手機		聯絡人 E-mail									
聯絡人地址	□□□										
須檢附 審查資料影本	<input type="checkbox"/> 開業登記執業執照 <input type="checkbox"/> 負責人身分證影本 <input type="checkbox"/> 聯絡人身分證影本										
審查結果 (秘書處填寫)	通過 <input type="checkbox"/> 未通過 _____	會員編號									
<ul style="list-style-type: none"> ● 應檢具資格文件：開業登記執業執照、負責人身分證影本、聯絡人身分證影本。 ● 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： <table border="1"> <thead> <tr> <th>會員類別</th> <th>入會費</th> <th>常年會費</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>團體會員</td> <td>壹萬元</td> <td>壹萬元</td> <td>貳萬元</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 				會員類別	入會費	常年會費	合計	團體會員	壹萬元	壹萬元	貳萬元
會員類別	入會費	常年會費	合計								
團體會員	壹萬元	壹萬元	貳萬元								