



台灣呼吸處理醫學會

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	□□□																
通訊地址	□□□																
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"/> 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														
<ul style="list-style-type: none"> ● 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： <table border="1" data-bbox="194 1682 1460 1832"> <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>醫師會員</td> <td>貳仟元</td> <td>壹仟元</td> <td>參仟元</td> </tr> <tr> <td>相關會員</td> <td>壹仟元</td> <td>伍佰元</td> <td>壹仟伍佰元</td> </tr> </tbody> </table> 						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
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														
<ul style="list-style-type: none"> ● 服務地址：80756 高雄市三民區自由一路 100 號 高雄醫學大學附設醫院麻醉部辦公室 服務電話：07-3121101 轉 7035 傳真電話：07-3217874 電子信箱：tsamairway@gmail.com 學會網站：https://www.tsamairway.org.tw 																	