|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入 會 申 請 書** 申請日期： 年 月 日 | | | | | | |
| **機構名稱** | |  | | **開業執照字號** | |  |
| **機構類別** | | □醫院，總床數 床 □診所 □其他機構 | | | | |
| **機構地址** | |  | | **聯絡電話** | |  |
| **E-Mail** | |  | | **傳真電話** | |  |
| 負責人 | **姓名** |  | | **出生年月日** | | 年 月 日 |
| **身分證**  **字號** |  | **職稱** |  | | |
| **通訊**  **地址** |  | **學歷** |  | | |
| **經歷** |  | | | | |
| **E-Mail** |  | **聯絡**  **電話** |  | | |
| 代表人 | **姓名** |  | | **出生年月日** | | 年 月 日 |
| **身分證**  **字號** |  | **職稱** |  | | |
| **通訊**  **地址** |  | **學歷** |  | | |
| **經歷** |  | | | | |
| **E-Mail** |  | **聯絡**  **電話** |  | | |
| 醫院聯絡窗口 | **姓名** |  | | **性別** |  | |
| **地址** |  | **職稱** |  | | |
| **聯絡電話(公)** |  | **行動**  **電話** |  | | |
| **E-Mail** |  | | | | |
| ※填表人： 職稱： 聯絡電話： | | | | | | |

* **填妥『入會申請書』後，傳真或mail至本會，並來電確認07-3868607。**
* **待本會通知審核結果後，繳交入會費及年費。**
  1. 費用－入會費：新台幣 **參仟元** 整，年費：新台幣 **陸仟元** 整

將於審核通知結果並同發送繳款帳號資訊

**完成繳費後，將申請書正本及繳費證明影本郵寄至本會。**

* 1. 收件人－台灣醫療繼續教育推廣學會
  2. 收件地址－807高雄市三民區民族一路98號16樓之1
* **本會聯絡方式：**

**電話：07-3868607，傳真：07-3868616，電子信箱：tmcs.edu@gmail.com**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機構章 |  | 負責人  (簽名＋蓋章) |
|  |  |  |