

台灣骨鬆肌少關節防治學會 入會申請書 (請用正楷書寫)

姓名	中		性別		請 貼 上 照 片	
	英					
會員編號	(由學會填寫)					
身分證字號						
出生年月日	年	月	日	學 歷		
現職(醫院)						
科別						
職稱				經 歷		
醫師證書	醫字第		號			
專科醫師證書	()專字第		號			
戶籍地址	□□□					
通訊地址	□□□					
電話	0		手機			
	H		email			
會 員 資 格						
<input type="checkbox"/> 基本會員	凡國內外認可之醫學院修習醫學畢業，領有本國醫師執業執照，並從事骨鬆、肌少、關節相關疾病有關之醫療保健工作者。基本會員：1.入會費：500元 2.常年會：500元。住院醫師之基本會員：1.入會費：200元 2.常年會：200元				審 查 結 果	<input type="checkbox"/> 通 過
<input type="checkbox"/> 住院醫師						<input type="checkbox"/> 不 通 過
<input type="checkbox"/> 相關會員	凡國內外認可之醫學相關科系畢業，並從事骨鬆、肌少、關節相關疾病有關之醫療保健或研究工作者。1.入會費：500元 2.常年會費：500元					
介紹人	1. _____ 2. _____					
申請人章	申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日					
<p>A. 申請書請附相關證書(醫師證書影本一份)+照片一張。</p> <p>B. 需兩位介紹人簽名，請將申請書 寄至：333 桃園縣龜山鄉復興街五號長庚婦產部辦公室 台灣骨鬆肌少關節防治學會</p> <p>C. 經本會理監事審查通過後，秘書處將通知您繳費，繳納完成後，始正式成為會員。</p>						