

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 |      |   |
| <b>會員資格</b>   |   |   |       |      |   |
| <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。 |   |       | 審查結果 | <input type="checkbox"/> 通過<br><br><input type="checkbox"/> 不通過 |
| <input type="checkbox"/> 住院醫師   | 住院醫師之基本會員：1. 入會費：200元 2. 常年會：200元   |   |       |      |   |
| <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. _____   |   |       |      |   |
| 申請人簽章   | 申請日期：_____年_____月_____日   |   |       |      |   |
| A. 申請書請附相關證書(醫師證書影本一份)+照片一張。<br>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<br>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。 |   |   |       |      |   |