

台灣醫事聯合臨床技能發展學會

團體會員 入會申請書

團體名稱			
成立日期	民國 年 月 日	發證機關	
業務項目		發證字號	
地 址	□□□□□		
負 責 人		職 稱	
會員代表			
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 日 年 月 日	民國 年 月 日	身分證字號	
部 門		職 稱	
電 話	(公)	手 機	
	(宅)		
電子郵件			
聯絡人			
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
部 門		職 稱	
電 話		電子郵件	
說 明			
<p>1. 填妥本申請書後寄至台灣醫事聯合臨床技能發展學會，即完成申請手續。 *E-mail：a41202@mail.chimei.org.tw *電話：06-2812811-57426 *地址：71004 台南市永康區中華路 901 號奇美醫院教學大樓 3 樓楊依玲小姐收</p> <p>2. 收件後將提報至理事會議進行資格審查。</p> <p>3. 審核通過後將以 E-mail 方式通知。</p>			
會員代表人：_____（簽章） 中華民國 年 月 日			

本 會 填 列	<input type="checkbox"/> 通過，授予會員編號：_____
	<input type="checkbox"/> 未通過，原因：_____