

臺灣生活型態醫學會入會申請書

個人會員
 相關會員
 贊助會員
 榮譽會員

申請人姓名		出生年月日	
國民身分證統一編號 (居留證號)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____
戶籍地址			
聯絡地址			
連絡電話	市內電話：	手機：	
電子信箱			
資格	個人會員 (右列之一)	國內外醫學院醫學系(含牙醫系、中醫學系)畢業，並領有我國衛生主管機關頒發之醫師證書資格。 <input type="checkbox"/> 醫學系畢業 <input type="checkbox"/> 牙醫系畢業 <input type="checkbox"/> 中醫學系畢業 醫師證書字號：_____ 證書日期：_____	
	相關會員 (右列之一)	<input type="checkbox"/> 領有我國醫事人員證書 類別：_____ 證書字號：_____ 證書日期：_____	
	贊助會員	<input type="checkbox"/> 贊助本會經費、資源之個人或團體	
	榮譽會員	<input type="checkbox"/> 從事推動生活型態醫學業務有功人員	
最高學歷	學位： <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 其他		
	學校：	學系：	
現職	服務單位：		
	部門：	職稱：	
說明： 1. 填妥本申請書並親簽或蓋章後，以 E-mail 或郵寄至臺灣生活型態醫學會，即完成申請手續。 (1) E-mail：taiwantalm@gmail.com (2) 電話：06-2812811#53235 (3) 地址：710台南市永康區中華路901號/奇美醫院整合醫療中心楊佳容小姐 2. 收件後將於籌備會議進行資格審查，審核通過後以 E-mail 通知，繳納會費後始為正式會員。			
簽名欄：_____ (親簽或蓋章) 申請日期：民國____年__月__日			