**台灣神經免疫醫學會 個人入會申請表**

(附件二)

(附件三)

(附件三)

(附件三)

(附件三)

**一、基本資料** 中華民國 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中文姓名： | | | | 英文姓名: | | |
| 出生日期(民國)： | | | | 身分證字號： | | |
| 地址 | 通訊處 | □□□□□ | | | | |
| 戶籍 | □□□□□ | | | | |
| 現職 | 服務醫院: 科別: | | | | | |
| 地址: □□□□□ | | | | |  |
| 聯絡  資訊 | 電話 |  | 傳真 | |  | |
| 手機 |  | **E-mail**  **(請務必填寫)** | |  | |

**二、學歷**

|  |
| --- |
| 學歷: |
| 醫師證號: |

**三、經歷**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服務機關 | 服務部門/系所 | 職稱 | 起訖年月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**四、推薦人簽名**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1.請檢附(1)身份證影本(或電子檔) (2)醫師證書影本 (或電子檔)

2.E-mail請務必填寫，學會最新資訊將會以電子信件方式優先通知會員。

3.申請入會需繳交入會費及常年會費

入會費：新台幣壹仟元

常年費：新台幣伍佰元

●繳費方式：

(1)轉帳或現場繳交:學會聯絡人:洪慧雯,手機:0963-676066

(2)轉帳資訊: 元大銀行(806)長庚分行/ 帳號:21652-0000-37935 /戶名:台灣神經免疫醫學會

轉帳後請來電或email告知:轉帳者姓名,轉帳銀行,帳號後5碼

4.請檢附相關資料後e-mail至1004tnms@gmail.com