臺灣輔助醫學醫學會 醫師會員入會申請書 112.03.01修編

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中文姓名 |  | 英文姓名 |  | 出生日期 | 民國 年 月 日 | 身份證號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 專科別 | □內科 □一般科 □家醫科 □小兒科 □耳鼻喉科□婦產科 □外科 □骨科 □復健科 □皮膚科 □眼科 □泌尿科 □精神科□神經科 □神經外科 □放射診斷科 □放射腫瘤□核子醫學科 □急診 □麻醉 □職業醫學□中醫□牙醫□其他\_\_\_\_\_\_\_ | 畢業學校 | □台大醫學院□陽明醫學院□國防醫學院□台北醫學大學□高雄醫學大學 | □中山醫學大學□中山醫專□成大醫學院□中國醫藥大學 | □長庚大學□慈濟大學□輔仁大學□其他\_\_\_\_\_\_ | □大陸醫學院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□國外醫學院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □\_\_\_\_\_\_\_\_學士後\_\_醫學系 |
| 服務院(診）所名稱 |  | 職稱 | □院長□受僱醫師 | 醫師證字號 |  |  |  |  |
|  |
| 院所地址 | □□□**-**□□市縣區市鄉鎮里村  路街 段 巷 弄 號 樓之  |
| 通訊地址□同院所地址 | □□□**-**□□市縣區市鄉鎮里村  路街 段 巷 弄 號 樓之  |
| 連絡電話 | ( ) | 個人手機 |  | LINE ID |  |
| 傳真 | ( ) | E-mail |  | WeChat |  |
| 審查結果 | (由本會填寫) | 會員類別 | (由本會填寫) | 會員編號 | (由本會填寫) |
|  中華民國 年 月 日 申請人：(簽章) |

注意事項：

註一：手寫申請書，請以原子筆或鋼筆正楷填寫之，以確保建檔資料正確。

註二：1.收費方式

 醫師一般會員$ 5000元（入會費$ 2000元，常年會費$ 3000元）

 醫師終身會員$ 30000元

 2.收費帳戶
 銀行匯款銀行:元大銀行806 崇德分行 帳號: 20272-0001-14590

 戶名: 臺灣輔助醫學醫學會。 **匯款帳戶後五碼(請填寫)： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

註三：入會申請書、最高學歷證書與專業證書，可郵寄紙本至醫學會：40463台中市北區進化路311號；

 或將.PFD電子文件（婉拒翻拍照片）E-mail至 tcms.org@gmail.com備查。

註四：本醫學會連絡電話 市話04-23609568、連絡手機 0905-605-533

 Line ID ：tcmssince2021 (或電話搜尋0905-605-533)