

## 台灣急重症模擬醫學會入會申請表(團體)

團體名稱		會員編號 (由學會填寫)	
設立日期	民國    年    月    日	統一編號	
聯絡人姓名		E-MAIL	
通訊地址	□□□□□		
聯絡電話		手機	傳真
部門		職稱	
機構簡介			
應附證件	<input type="checkbox"/> 機構或團體立案證明或開業執照		
機構用印(大小章) 填寫日期：    年    月    日			
(申請者請勿填寫)  審核結果	<input type="checkbox"/> 通過團體贊助會員 <input type="checkbox"/> 不通過  秘書處初審： _____  日            期：    年    月    日	<input type="checkbox"/> 通過團體贊助會員 <input type="checkbox"/> 不通過  理事會複審： _____  日            期：    年    月    日	