

台灣急重症模擬醫學會入會申請表(個人)

姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	會員編號 (由學會填寫)		
出生日期	民國 年 月 日	身份證字號			
英文姓名			E-MAIL		
通訊地址	□□□□□				
聯絡電話	(O) (H)	手機		傳真	
服務單位			部門	職稱	
服務單位 地址					
學 經 歷					
應 附 證 件	<input type="checkbox"/> 醫師證書(個人會員適用) <input type="checkbox"/> 在職證明或其他可證明從事醫療工作之文件、證件(贊助會員適用) <input type="checkbox"/> 畢業證書或學生證(準會員適用)				
申請人簽章 填寫日期： 年 月 日					
<b style="color: red;">(申請者請勿填寫) 審核結果	<input type="checkbox"/> 通過個人會員 <input type="checkbox"/> 通過贊助會員 <input type="checkbox"/> 通過準會員 <input type="checkbox"/> 不通過 秘書處初審： _____ 日 期： 年 月 日		<input type="checkbox"/> 通過個人會員 <input type="checkbox"/> 通過贊助會員 <input type="checkbox"/> 通過準會員 <input type="checkbox"/> 不通過 理事會複審： _____ 日 期： 年 月 日		