

台灣腹膜惡性腫瘤醫學會 個人會員入會申請書

中文姓名：	身分證字號：		
英文姓名：			
性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：民國 年 月 日		
醫師人員資格： <input type="checkbox"/> 西醫 <input type="checkbox"/> 中醫			
學 歷：			
服務醫院：	科別：		
現 職：			
戶籍地址：			
通訊地址：			
連絡電話：(公)		(手機)	
E-mail：			
申 請 人	(簽章)	申請日期	年 月 日

審查委員		審查日期	年 月 日
審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	會員證號碼	

註：

1. 敬請附上申請表、身份證正反面影本及執業證書正反面影本，以掛號方式郵寄至學會籌備處。
2. 個人會員資格：入會費貳仟元、常年會費壹仟元。