

台灣傷口照護學會

T a i w a n S o c i e t y f o r W o u n d C a r e

個人會員入會申請書

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	專業項目	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 復健師 <input type="checkbox"/> 糖尿病 衛教師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 社工師 <input type="checkbox"/> 其他
出生 年 月 日		身分證		學歷	
現職				E-mail	
戶籍住址				電話	
通訊地址				手機	
經歷					
以上資料確認無誤，申請人：_____（簽章）					
中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
以下由學會填寫					
審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	會員類別	<input type="checkbox"/> A類(基本會員) <input type="checkbox"/> B類(贊助會員) <input type="checkbox"/> C類(名譽會員) <input type="checkbox"/> D類(其他)	會員 號碼	

- 本會經內政部台內團字第 1061401289 號函准設立，茲公開徵求會員。
- 申請書填妥後需另附 1.身分證影本 2.專業職業證明，寄至學會信箱 2016tswc@gmail.com
- 學會收費標準：(非醫療從業人員比照醫師收費)

	入會費	常年會費
醫師	\$1500	\$1500
護理或醫事人員	\$500	\$500