

台灣咀嚼吞嚥障礙醫學學會個人會員入會申請表

姓名	(中文)	性別	<input type="checkbox"/> 男 Male
	(英文)		<input type="checkbox"/> 女 Female
身份證字號/護照號碼		出生年月日	年 月 日
通訊資料	戶籍地址	□□□	
	通訊地址	□□□	
	聯絡電話	O 辦公室電話 ()	分機
		H 住家電話 ()	Cell phone 手機
	電子信箱		
最高學歷	學校名稱		系所
經歷			
現職			
專業證照	<input type="checkbox"/> 醫事專門職業證書 (字第 號)		
	<input type="checkbox"/> 其他專業證書 (字第 號)		
	<input type="checkbox"/> 無		
擬申請會員類別	<input type="checkbox"/> 一般會員 <input type="checkbox"/> 學生會員		
<p>本申請表及附件資料均經申請人按實申報無誤，如有不實或不法之情事，本會得要求申請人更正資料及按本會章程予以處分，若涉及相關法律責任，均由申請人自行負責。 此致</p> <p style="text-align: center;">台灣咀嚼吞嚥障礙醫學學會</p> <p style="text-align: right;">申請人：_____ (簽章)</p> <p style="text-align: right;">申請日期：中華民國 年 月 日</p>			

以下欄位申請入會個人不必填寫	
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合入會資格 <input type="checkbox"/> 會員類別 <input type="checkbox"/> 一般會員 <input type="checkbox"/> 認同會員 <input type="checkbox"/> 學生會員 會員編號：_____
	<input type="checkbox"/> 不符合入會資格