台灣呼吸道處理醫學會團體會員入會申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **團體名稱** |  | | | | |
| **負責人姓名** |  | **負責人職稱** | |  | |
| **團體聯絡電話** |  | **團體機關E-mail** | |  | |
| **團體通訊地址** | □□□ | | | | |
| **聯絡人姓名** |  | **聯絡人服務單位** | |  | |
| **聯絡人連絡電話** |  | **聯絡人職稱** | |  | |
| **聯絡人手機** |  | **聯絡人E-mail** | |  | |
| **聯絡人地址** | □□□ | | | | |
| **須檢附**  **審查資料影本** | * 開業登記執業執照 □ 負責人身分證影本 □ 聯絡人身分證影本 | | | | |
| **審查結果**  **（秘書處填寫）** | 通過　□ 未通過　＿＿＿＿＿＿＿ | | **會員編號** | |  |
| * 應檢具資格文件：開業登記執業執照、負責人身分證影本、聯絡人身分證影本。 * 審核通過寄發電子郵件函通知，並給予繳款資訊，請於確認後一週內匯款回傳繳款，核對後產生正式會員編號通知。(會員生效日即繳款日) * 入會後須繳交：  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 會員類別 | 入會費 | 常年會費 | 合計 | | 團體會員 | 壹萬元 | 壹萬元 | 貳萬元 |  * 服務地址：80756 高雄市三民區自由一路100號　高雄醫學大學附設醫院麻醉部辦公室   　　服務電話：07-3121101轉7035  傳真電話：07-3217874  　　電子信箱：tsamairway@gmail.com  　　學會網站：<https://www.tsamairway.org.tw> | | | | | |