# 台灣眼整形美容重建手術醫學會

**Taiwan Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery ( TSOPRS)**

## 會員入會申請書

**Membership Application Form**

Date 申請日期： Year 年 Month 月 Day 日

| | | | |
|---|---|---|---|
| Membership type 種類 | ☐Individual 個人會員 ☐Sponsor 贊助會員 ☐Honor 榮譽會員 | Membership Number 會員號碼 | 由審查單位填寫 |
| Name 姓名 | Chinese 中文： | English 英文： | Photo 照片 |
| Birthday 出生 | Yr 年 Mon 月 Day 日 | Nationality 國籍 | |
| Sex 性別 | ☐ Male 男 ☐ Female 女 | ID number 身分證字號 | |
| Contact Address 通訊地址 | ☐☐☐-☐☐ | | |
| Email Address 電子郵件 | 1.<br>2. | Tel 電話：(H) ( )<br>Mobile 手機： | |

| Education 學歷 | School Name 學校 | Major 學系 | Certification number 證書字號 | Graduation date 畢業年月 |
|---|---|---|---|---|
| | 醫學院校 | | | Year 年 Month 月 |
| | 最高學歷 | | | Year 年 Month 月 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Practice License 執業執照 | Department 科 | Certification number 證書字號 | | Certificate date 授證年月 | Year 年 Month 月 |
| Specialty 部定專科 | Department 科 | Certification number 證書字號 | | Certificate date 授證年月 | Year 年 Month 月 |
| MOE Faculty 部定教職 (無則免填) | ☐教授 ☐副教授 ☐助理教授 ☐講師 | Certification number 證書字號 | | Certificate date 授證年月 | Year 年 Month 月 |
| | | Certification school 審定學校 | | 檢附部定教師證書影本 (無則免附) | |

| Experience 經歷 | Hospital Name 醫院名稱 | Department 科別 | During (Yr/Mon–Yr/Mon) 期間 自年/月 | 至年/月 | Director 部門主管 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 住院醫師 | | | | |
| | 主治醫師 | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Current Work 現職 | Hospital 服務醫院： | Department 科別： | Title 職稱： |
| | Address 地址：☐☐☐-☐☐ | | |
| | Tel 電話：( ) | ext 分機： | Fax 傳真：( ) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 醫學專長 | | 證照(無則免填) | |
| 非醫學專長 | | 證照(無則免填) | |
| Medical organization 其他醫學會會員 | | 介紹人姓名：1. _____ 2. _____ | |
| Result 審查結果 | ☐Pass 通過 ☐Not pass 不通過<br>☐Need more information 補寄資料再審 | Signature 簽名 | 審查日期：<br>第 屆第 次會議 |
| Date 中華民國 | Year 年 Month 月 Day 日 | Applicant Signature 申請人簽章： | |

**註:** 1. 除本申請表外，請隨函附上**執業執照**影本及**眼科專科醫師證書**影本各乙份。

2. 入會申請書填妥後請寄郵寄至：114064 **台北市內湖區內湖路一段 512 號 1 樓『台灣眼整形美容重建手術醫學會』**
TEL：(02)8791-9990 張升誌 先生收。

3. 入會申請由理監事會議審查後另行通知結果。申請人通過審查後需繳交**入會費** 3,000 元及**當年度常年會費** 1,000 元。
匯款帳戶：**台灣眼整形美容重建手術醫學會江尚宜**（臺灣銀行內湖分行）(銀行代號：004；帳號【153-001-018-011】)

4. 完成所有入會申請、繳交相關證明文件及繳納會費後，始寄發會員證書。

**※『台灣眼整形美容重建手術醫學會』聯絡信箱** tsoprs2013@gmail.com