

台灣眼整形美容重建手術醫學會 個人會員入會申請書

姓名	(中) (英) <small>(如註)</small>	性別	出生 年月日	出生 地	縣(市) 市(區)	身分證 字號	(內政部要求填寫)
最高學歷	經歷			現職			
戶籍及 通訊住址 及電話	戶籍住址: (必填) 通訊住址: (必填)		電話: (必填)		Email: (必填)		
審查結果	(由審查單位填寫)		會員 類別	<input type="checkbox"/> 會員 (由審查單位填寫)	本會會員證 號碼	(由審查單位填寫)	
*申請人: (簽章) 中華民國 年 月 日							
[註]*眼科專科醫師證書號碼: 眼專醫字(必填) 號				[註]*本會會員介紹人(二位)簽名: (必填)			
[註]*英文姓名請以護照拼音為準							

- * 入會申請書填妥相關資料後，請寄到：11493 台北市內湖區內湖路一段 300 號 2 樓之 2「台灣眼整形美容重建手術醫學會」收
TEL：(02)26561988; FAX (02)26562797 張小姐收
- * 本會會員申請資格如下：
 會員：凡贊同本會宗旨、年滿二十歲、具有眼科專科醫師(衛生福利部核發)資格者。
- * 書面入會申請書，經本學會審查通過後，通知申請人繳交入會費(會員新台幣 3,000 元)
 ，完成入會手續後，發給會員證書。【註】年度會費：會員新台幣 1,000 元