

台灣周邊血管學會-個人會員-入會申請書

會員編號								
申請人姓名								
民國出生年月日	年 月 日							
身分證字號 (居留證號)								
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他							
現職(執業)	服務單位：							
	職 稱：							
畢業學校/系所/學位	學校： 系所： 學位：							
戶籍	郵遞區號：							
聯絡地址	郵遞區號：							
電話：	Taiwan Society of Peripheral Interventions							
行動電話：								
電子信箱：								
LINE ID：								
專業證號(1)								
專業證號(2)								
專業證號(3)								
核准通過會議：					會議日期：			
除權通過會議：					會議日期：			

本人志願加入貴組織，並願遵守一切規章協同發展

此致 台灣周邊血管學會 簽名欄：_____（簽名/蓋章）

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

繳款資訊：

帳號：420-10-018373-3 代號 008

戶名：台灣周邊血管學會

醫師入會費1000元 常年會費 1000元 共2000元整

非醫師入會費500元 常年會費 500元 共1000元整

