

# 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

