

台灣更年期醫學會入會申請書

中文姓名				會員編號		
英文姓名	性別		出生 年 月 日		身分證 統一編號	
學歷				經 歷		
證 書 字 號	醫師證書：醫字第 號					
	專科醫師： 專醫字第 號					
	其他：			現職		
通訊處				電 話	(公)：	
住址					(宅)：	
E-mail					手機：	
				傳真：		
會員 類別	<input type="checkbox"/> 基本會員 <input type="checkbox"/> 準會員 <input type="checkbox"/> 相關會員 <input type="checkbox"/> 其他： (說明：)					
貼 相 片 處 (兩吋)	申請人：					(簽名蓋章)
	介紹人：1.					(簽名蓋章)
	2.					(簽名蓋章)
理事會審查結果						
備				註		
1. 基本會員	：	凡國內外認可之醫學院畢業，取得專科醫師執照，從事更年期及停經後有關之醫療保健工作者。				
2. 準會員	：	凡國內外認可之醫學院畢業，取得醫師執照，從事更年期及停經後有關之醫療保健工作者。				
3. 相關會員	：	凡國內外認可之醫學相關科系畢業，從事更年期及停經後有關之醫療保健工作者。				
4. 基本會員及準會員請附相關證書影本；相關會員請附畢業證書影本						
					申請號碼	