

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	女	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：)						
		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		