

台灣神經免疫醫學會 個人入會申請表

一、基本資料

中華民國 年 月 日

中文姓名：		英文姓名：	
出生日期(民國)：		身分證字號：	
地址	通訊處	□□□□□	
	戶籍	□□□□□	
現職	服務醫院：		科別：
	地址：□□□□□		
聯絡 資訊	電話		傳真
	手機		E-mail (請務必填寫)

二、學歷

學歷：
醫師證號：

三、經歷

服務機關	服務部門/系所	職稱	起訖年月

四、推薦人簽名

--	--

1. 請檢附(1)身份證影本(或電子檔) (2)醫師證書影本 (或電子檔)
2. E-mail 請務必填寫，學會最新資訊將會以電子郵件方式優先通知會員。
3. 申請入會需繳交入會費及常年會費

入會費：新台幣壹仟元

常年費：新台幣伍佰元

●繳費方式：

(1)轉帳或現場繳交:學會秘書 吳欣芳, 手機:0963-588-609

(2)轉帳資訊: 元大銀行(806)長庚分行/ 帳號:21652-0000-37935 / 戶名: 台灣神經免疫醫學會

轉帳後請來電或 email 告知:轉帳者姓名, 轉帳銀行, 帳號後 5 碼

4. 請檢附相關資料後 e-mail 至 1004tnms@gmail.com