

台灣神經血管外科與介入治療醫學會 入會申請表

姓名	中文	會員編號 (請勿填寫)				照片黏貼處(二吋)
	英文	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
身分證字號		生日	年 月 日			
畢業學校	醫學院 學系					
現職	醫院		科別			
	職稱		電話			
	地址				傳真	
戶籍地址						
通訊地址						
電話	(H)		(O)			
	手機(公)		(私)			
	E-mail					
醫師資格	醫師證書字號： 字第 號(附證書正反面影本)					
	發證日期： 年 月 日					
	醫師執業執照： (省/市)衛醫職字第 號(附證書正反面影本)					
	領照日期： 年 月 日					
<p>茲贊同貴會宗旨，擬加入台灣神經血管外科與介入治療醫學會成為貴會會員，嗣後並願遵守會章共圖發展，懇祈照准</p> <p>此 致</p> <p style="text-align: center;">台灣神經血管外科與介入治療醫學會</p> <p style="text-align: right;">申請人簽章：</p> <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p>						

* 應檢具資格文件：畢業證書影本乙份、醫師證書影本乙份 (縮印成 A4)、相片壹張 (壹張貼於報名表)、入會費繳款收據影本或繳款資訊。

* 一般會員(主治醫師級會員)入會需繳交入會費參仟元整，入會次年始繳交常年會費壹仟元整。

準會員(住院醫師級會員) 入會需繳交入會費壹仟元整，入會次年始繳交常年會費伍佰元整。

繳款帳戶：合作金庫(006) 台大分行 帳號：1346-717-035396 戶名：台灣神經血管外科與介入治療醫學會

* 聯絡電話：(02)2312-3456 分機 65078；傳真：(02)2341-7454 聯絡人：錡瑩、黃鈺珊

* 電子信箱：neurovascular.tw@gmail.com；網站：<http://www.tsnis.org/>

* 聯絡地址：¹⁰⁰ 台北市中正區中山南路 7 號 臨床研究大樓 8 樓 831 室

台灣神經血管外科與介入治療醫學會