



台灣脊椎外科醫學會 個人會員入會申請表

		脊外	字第	號
姓名	中文	籍貫		照片 浮 貼 處 彩色半身、正面、脫帽、五官清晰、白色背景之護照專用相片
	英文	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身份證字號		電話		
出生日期	西元 年 月 日	手機		
e-mail		傳真		
戶籍地址				
通訊地址				
學歷		醫師證書 (須附影本)	醫字第	號
經歷		專科醫師證書 (須附影本)	骨專醫字	號 <small>*需具有中華民國骨科專科醫師資格一年以上者*</small>
現任服務院所/單位	醫院	科(部)	職稱	
論文 學會或雜誌上發表一篇以上 脊椎相關論者 (須檢附相關文件)	題目	期刊名	發表學會	

本人贊同貴會宗旨，擬加入會員，嗣後並願意遵守會章。

此致 台灣脊椎外科醫學會

申請人： (親筆簽名) 日期： 西元 年 月 日

推薦人1： (親筆簽名) 推薦人2： (親筆簽名)