



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)

※請將資料備妥後寄 333 桃園市龜山區復興街 5 號 林口長庚醫院教育大樓 2 樓 骨科部辦公室 台灣脊椎外科醫學會 收 Tel: (03)328-1200 轉 3244