

# 入 會 申 請 書

茲遵照醫師法第九條、醫師公會會籍登記規則暨 貴會章程之規定，申請加入 貴會為會員，誠謹遵守醫師法暨貴會一切章程、細則、義務、決議等，如有違背所定規例公約或有不法行為，願受處分，絕無異議，檢具各項證件，敬希 鑒核准予入會。

會員 基 本 資 料	姓	中文			出生年月日	民國	年	月	日	性別				
	名	英文			身份證統一編號				出生地					
	學	醫學院校名稱			證書字號			發證日期						
	歷				( )	字第		號		年 月 日				
本 資 料	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		聯絡方式										
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		電話			( )							
	e-mail				是否需紙本公文		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		傳真 ( )					
	是否同意刊登於公會出版物		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否曾入本會		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		手機					
執 業 資 料	考試院證書號碼	( ) ( ) 專高			字第		號		發證日期		年 月 日			
	醫師證書號碼				醫		字第		號		發證日期		年 月 日	
	專科醫師資格	專科名稱			證書字號			發證日期						
		科			醫字第			號		年 月 日				
		科			醫字第			號		年 月 日				
	執 業 醫 院 所	名稱						負責醫師		(蓋章)				
地址		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					職 務 (請打✓)	負責醫師						
電話		( )		執業科別				服務醫師						
傳真		( )		科										
貼 相 片 處	應繳 驗 證 件	一、畢業證書影本二張。 二、醫師證書影本二張。 三、考試院醫師及格證書影本二張。 四、本人二吋半身相片三張。 五、原屬醫師公會退會證明書一份。 六、國民身份證及正反面影本一份。 七、醫師公約一份。 八、專科醫師證書影本二張。 九、服務醫師附醫院服務證明(負責醫師蓋章者免附)。												
申請人										簽名/蓋章				
中華民國 年 月 日														
醫 師 公 會 公 鑒														
受 理	民國 年 月 日				審 查 意 見									
發 證 記 錄	發給會員證書號碼：			醫會證字第			號		日期		年 月 日			
	發給會員證明書號碼：			醫會證字第			號		日期		年 月 日			
<b>蒐集、處理、利用及傳輸會員個人資料告知同意書</b> 本人茲瞭解且同意公會基於會務及活動等業務需要(如公文轉知、雜誌寄送、團體保險、醫療統計……等)而蒐集、處理、利用及傳輸(呈報全聯會)個人資料，在不違反個人資料保護法之範圍內，合法善意應用本人之個人資料。 本人對前項個人資料之提供或應用保有拒絕之權利，但本人若因拒絕公會對本人合法善意之應用而造成本人自身權益損害之情事，概由本人承擔其後果，與公會無涉。														