

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	姓名	中文	出生年月日		民國	年	月	日	性別	
		英文	身份證統一編號					出生地		
	學歷	醫學院校名稱		畢業證書字號			發證日期			
				() 字第 號			年 月 日			
	戶籍地址							聯絡方式		
	通訊地址							電話	()	
	e-mail							傳真	()	
是否同意刊登於公會出版品(擇一) <input type="checkbox"/> 是(預設) <input type="checkbox"/> 否 公文通知寄送方式(擇一) <input type="checkbox"/> 紙本 <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> 自行上網下載(預設) 訂閱高雄醫師會誌(擇一) <input type="checkbox"/> 是(預設) <input type="checkbox"/> 否 【以上未勾選時以預設值認定】								手機		
執業資料	考試院證書號碼	() 台檢醫 () 專高醫	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				
	執診 業 醫 院 所	名稱	高雄榮民總醫院			負責醫師 (蓋章)				
		地址	高雄市左營區大中一路 386 號			職務 (請打√)	負責醫師 ()			
電話		() 3422121	執業科別		服務醫師 (√)					
傳真		()	科							
貼相片處	應繳驗證件		一、畢業證書及四吋照相本(或影本)二張。 二、醫師證書及四吋照相本(或影本)二張。 三、考試院及格證書及四吋照相本(或影本)二張。 四、本人二吋半身相片五張。 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、專科醫師證書及四吋照相本(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)。 十、入會費及常年會費。				
蒐集、處理、利用及傳輸會員個人資料同意書 本人茲瞭解同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。										
								申請人	簽章	
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			