

台灣福爾摩莎婦女泌尿醫學會入會申請書

				會員編號		
姓名	中文		出生		性別	
	英文		身分證字號			
戶籍地址	□□□□□					
通訊處	□□□□□				<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	
行動電話		電話(公)				
電子信箱						
學歷		婦產科專科 醫師證書號碼				
現任職務	單位名稱：		職稱：			
	單位地址： □□□□□					
希望參與之 委員會	(自由填寫)					
審查結果	<input type="checkbox"/> 醫師會員 <input type="checkbox"/> 贊助會員 <input type="checkbox"/> 準會員 <input type="checkbox"/> 從屬會員					
申請人簽章： 申請日期：中華民國 年 月 日						

入會資格

- 醫師會員：凡贊同本會宗旨，年滿二十歲，具有中華民國婦產科專科醫師且從事婦女泌尿相關專業之醫師且經審查合格者。
- 贊助會員：贊助本會工作之團體或個人。
- 準會員：凡國內外認可之醫學院修習醫學畢業，取得醫師執照(尚未取得婦專之婦產科醫師)，從事婦產科及婦女泌尿有關之醫療保健工作者。
- 從屬會員：凡贊同本會宗旨，年滿二十歲，國內外認可之醫學相關科系畢業，從事婦產科及婦女泌尿有關之醫療保健或研究工作者。

入會費用

- 入會費：於會員入會時繳納。醫師會員新台幣參仟元，贊助會員新台幣壹萬元，從屬會員新台幣壹仟元。
- 常年會費：於每年繳納一次。醫師會員新台幣貳仟元，贊助會員新台幣壹萬元，從屬會員新台幣伍佰元。

入會方法

- 填具入會申請書、檢附醫師證書、婦產專科醫師證書(準會員若無則免)及兩吋近照，郵寄至 23143 新北市新店區北新路一段 157 號 2 樓 B 室『台灣福爾摩莎婦女泌尿醫學會』收，或 email 至學會信箱 fugatw@gmail.com。
- 經審核通過後，將通知您繳納入會費及常年會費並成為本會會員。

郵政劃撥資訊：戶名：台灣福爾摩莎婦女泌尿醫學會林武周 / 收款帳號：42339478 / 請於備註欄備註繳納項目