

# 中華民國防疫學會 入會申請表

|                         |                                                                                                                                       |         |     |        |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|--------|
| 會員類別                    | <input checked="" type="checkbox"/> 個人會員. <input type="checkbox"/> 榮譽會員. <input type="checkbox"/> 贊助會員. <input type="checkbox"/> 預備會員 |         |     | 會員證編號： |
| 中文姓名：                   |                                                                                                                                       | 英文姓名：   |     | (照片)   |
| 生 日：                    | 年 月 日                                                                                                                                 | 身分證字號：  | 性別： |        |
| 通訊地址：                   |                                                                                                                                       |         |     |        |
| 戶籍住址：                   |                                                                                                                                       |         |     |        |
| 電 話：                    |                                                                                                                                       | 手 機：    |     |        |
| 傳 真：                    |                                                                                                                                       | E-Mail： |     |        |
| 學 歷：                    |                                                                                                                                       |         |     |        |
| 現 職：                    |                                                                                                                                       |         |     |        |
| 經 歷：                    | 1.                                                                                                                                    |         |     |        |
|                         | 2.                                                                                                                                    |         |     |        |
|                         | 3.                                                                                                                                    |         |     |        |
| 您是否願意擔任理事候選人（願意Y／不願意N）： |                                                                                                                                       |         |     |        |
| 您是否願意擔任監事候選人（願意Y／不願意N）： |                                                                                                                                       |         |     |        |
| 中華民國 年 月 日 申請人：         |                                                                                                                                       |         |     | （簽章）   |
| 審查<br><br>日期            | 經過 年 月 日第 屆第 次理事會議<br>審查結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過<br>原因：                                           |         |     |        |

※ 依據本會章程第二章會員說明:凡贊同本會宗旨、年滿二十歲之個人，具醫療相關背景，並能檢具學經歷證明文件，填具入會申請書，經理事會通過，並繳納會費後，為基本會員。

※ 請填寫粗框內之會員資料。

※ 填寫完後請以電子檔傳送至 [bagle100@gmail.com](mailto:bagle100@gmail.com) 信箱處理，並來電確認是否收件  
04-22072072 蔡小姐。