台灣美容醫學護理學會 贊助會員基本資料表 Ⅰ

申請入會日期：民國　　年　　月　　日　　會員編號：_____

姓　名						性別					半身兩吋照片（請實貼）
生　日	民國　　年　　月　　日					出生地					
身分證號											
聯絡電話	手機：　　家用電話：(　　)										
	公司電話：(　　)　　傳真：(　　)										
E-mail						工作地點					
最高學歷	學校：　　科系：　　畢業年度：民國　　年										
工作經歷	單位：　　職稱：　　年資：										
	單位：　　職稱：　　年資：										
	單位：　　職稱：　　年資：										
聯絡地址	通訊地址：□□□ _____										
	永久地址：□同上 □□□ _____										
執照資料	專科護理師證書字號：　　發證日期：民國　　年　　月　　日										
	護理師證書字號：　　發證日期：民國　　年　　月　　日										
	護士證書字號：　　發證日期：民國　　年　　月　　日										
訊息來源	□網站　□公文　□學校　□醫院　□報紙　□電子報　□文宣介紹										
	□同事介紹　□會員介紹　□其他_____										
執照狀況	□護士　□護理師　□丙級美容　□乙級美容　□其他_____										
會費繳交紀錄（學會紀錄；會員請勿填寫）	入會費繳交日期：										
	____年費：　　元，繳交日期：　　；____年費：　　元，繳交日期：										
	____年費：　　元，繳交日期：　　；____年費：　　元，繳交日期：										
	____年費：　　元，繳交日期：　　；____年費：　　元，繳交日期：										
	____年費：　　元，繳交日期：　　；____年費：　　元，繳交日期：										

填寫完表Ⅰ及表Ⅱ連同審查資料掛號及繳費收據一同郵寄至高雄本會

800 高雄市新興區中正三路 129 號 5 樓之 3

台灣美容醫學護理學會 贊助會員基本資料表 Ⅱ

申請入會日期：民國　　年　　月　　日　　會員編號：_____

國民身分證影本黏貼處 (正面，請實貼)	國民身分證影本黏貼處 (背面，請浮貼)

繳費收據黏貼處

繳費金額：入會費 1000 元(繳交一次)
年費 1000 元(每年繳交)
共 2000 元

匯款帳號：
戶名：社團法人台灣醫學美容護理學會
帳號：500120001577
銀行：台北富邦銀行(代號 012)
分行：城中分行

執照證書影本黏貼處

(可對摺或縮放浮貼)

填寫完表Ⅰ及表Ⅱ連同審查資料掛號及繳費收據一同郵寄至高雄本會

800 **高雄市新興區中正三路** 129 **號** 5 **樓之** 3