台灣私立醫療院所協會/團體會員入會申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 團體名稱 |  | 地址 |  | 電話 |  |
| 傳真 |  |
| 院長/負責醫師 | 姓名 |  | 性別 |  | E-mail |  |
| 電話 |  | 手機 |  |
| 學歷 |  | 經歷 |  |
| 成立日期 |  | 職員人數 |  | 證照字號 |  | 發證機關 |  |
| 業務項目 |  |
| 聯絡人 | 姓名 |  | 性別 |  | 職稱 |  | E-mail |  |
| 電話 |  | 手機 |  | 傳真 |  | Line ID |  |
| 申請團體名稱： 大小章： |
| 審查結果\* |  | 會員類別\* |  | 會員編號\* |  |
| 中華民國 年 月 日 |

\*由協會填寫