**入 會 申 請 書**

茲承

貴會會員 先生介紹志願加入

貴會成為會員並願遵守一切規章

此致 ( 請注意入會須知 )

**台灣癲癇醫學會**

申請人　　　　　　　　　　簽章

介紹人　　　　　　　　　　簽章

介紹人　　　　　　　　　　簽章

中華民國 年 　　　 月 日

**入 會 須 知**

1. 摘錄本會章程第五條，第二十六條條文如下︰

第五條︰凡中華民國年滿二十歲以上領有中華民國醫師證書贊同本會宗旨，並領有神經專科醫師，小兒神經科專科醫師或神經外科專科醫師之證書者，或國內外合格之公私立大專院校教員從事有關癲癇科學之工作者，由會員二人介紹，經理事會通過並報主管機關備查後，得為本會會員。

第二十六條︰本會各種會員連續兩年，不繳納會費者，視為不活動會員，連續四年不繳納會費者，視為自動退會。

1. 入會手續：

１．填寫入會申請單需本人及介紹人簽章。

２．繳交醫師證書影印本，從事教員者須繳交聘書證書影印本。

３．請正楷詳細填寫會員人事資料卡。

４．前３項寄來本會，經理監事會通過且繳納會費後，始發給證書，成為正式會員，始享有會員的一切權利。

**台灣癲癇醫學會-會員人事資料卡**

【請用正楷填寫後附上**醫師證書**及**專科醫師證書**

e-mail:epil1990@ms36.hinet.net或郵寄至學會秘書處】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 會員號碼 | | | | | |  | | | | | | | | 入會日期 | | | | | |  | | | | | | |
| 姓名 | | （中文） | | | | | | | 性 別 | □男  □女 | | | | 身分證字號 | | | | | |  | | | | | | |
| （英文） | | | | | | | 生  日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | 籍  貫 | | | | 市  縣 | | |
| 聯絡地址 | | （中文） | | | | | | | | | | | | | | | 郵遞區號 | | | | | | | 照  片 | | |
|  | | | | | | |
| （英文） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 永久地址 | | | （中文） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 郵遞區號 | |
| （英文） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 電話 | | | | 公：（ ） | | | | | | | 傳真 | | | | | 公：（ ） | | | | | | | | | | |
| 家：（ ） | | | | | | | 家：（ ） | | | | | | | | | | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | 行動電話 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 學歷 | | | | 院校或研究所名稱 | | | | 系科院別 | | | | | | | 畢業年月日 | | | | | | | 學位 | | | | |
| 畢業學校 | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 進修 | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 醫師字號 | | | | | | | 專科醫師字號 | | | | | | | | | | | | 教師證書或聘書字號 | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 服務機構名稱 | | | | | | | 單 位 | | | | | | 職 稱 | | | | | | 時 間 | | | | | | | |
| 經歷 |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | 年 月~ 年 月 | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | 年 月~ 年 月 | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | 年 月~ 年 月 | | | | | | | |
| 現職 |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | 年 月~ 年 月 | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | 年 月~ 年 月 | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | 年 月~ 年 月 | | | | | | | |
| 醫院網址 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 已繳會費 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 入會費 |
|  |
| 欠繳年度 | | | | |  | | | | | | | 欠繳金額 | | | | | | | | |  | | | | | |
| 活動會員 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 註 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 證書發放 | | | | |  | | | |