**社團法人台灣社會與社區精神醫學會 入會申請書**

填表說明：有＊符號者請必填。

|  |  |
| --- | --- |
| ＊會員類別 | □個人會員 □團體會員 □贊助會員 |
| ＊中文姓名 |  | 英文姓名 |  |
| ＊身份證字號 |  | 出生日期 | 民國 年 月 日 |
| ＊現職 | 機構名稱 |  | 職 稱 |  |
| 學歷 |  |
| 經歷(請詳述) |  |
| 是否為台灣精神醫學會會員： □是 □否 | ＊醫師證書號碼 |  |
| 專長 |  | ＊精神專科醫師號碼 |  |
| 戶籍地址 | ( ) 縣(市) 市(鄉鎮區) 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號之 , 樓 |
| ＊通訊地址 | □同上。□（ ) 縣(市) 市(鄉鎮區) 村(里)  路(街) 段 巷 弄 號之 , 樓 |
| ＊聯絡電話 | (O)：（　　）(H)：（　　） | ＊手機 |  |
| ＊傳真 | （　　） |
| ＊E-MAIL |  |
| 申請人：　　　　　　　　　　　　（簽章）　　　　 申請日期：　　年　　月　　日 |

**\*資料填妥後，請Email至tsscpsy@gmail.com\***

**~社團法人台灣社會與社區精神醫學會歡迎您的加入~**

**（以下內容由秘書處填寫，申請人請勿填寫）**

|  |  |
| --- | --- |
| 審　　查 | 經過　　年　　月　　日第　　屆第　　　次理事會議審查結果：□通過　□不通過　原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 入會繳費登錄 | * 入會費2,000元 □已繳納，繳納日期： 　年　月　日收據NO.＿＿＿
* 常年會費1,500元 □110年度，繳納日期：　 年　月　日收據NO.＿＿＿

□111年度，繳納日期：　 年　月　日收據NO.＿＿＿ |