|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臺灣傳統暨替代醫學協會**團體會員**入會申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 團體名稱 | |  | | | | | 證照字號 |  | | | 發証機關 | |  | | | |
| 地址 | | □□□-□□ | | | | | | | | | | | | | | |
| 業務項目 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 負責人姓名 | |  | | 性別 | 男□ 女□ | | | | 出生年月日 | | |  | | 職稱 |  | |
| 代表人姓名 | |  | | 性別 | 男□ 女□ | | | | 出生年月日 | | |  | | 職稱 |  | |
| 代表人姓名 | |  | | 性別 | 男□ 女□ | | | | 出生年月日 | | |  | | 職稱 |  | |
| 代表人姓名 | |  | | 性別 | 男□ 女□ | | | | 出生年月日 | | |  | | 職稱 |  | |
| 學歷 | 代表人1 | 學校： 科系所：  學位：博士□ 碩士□ 學士□ | | | | | | | | | | 經歷 |  | | | |
| 代表人2 | 學校： 科系所：  學位：博士□ 碩士□ 學士□ | | | | | | | | | | 經歷 |  | | | |
| 代表人3 | 學校： 科系所：  學位：博士□ 碩士□ 學士□ | | | | | | | | | | 經歷 |  | | | |
| 通訊地址 | | □□□-□□ | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | ( ) | 傳真 | ( ) | | | | | | | | **E-mail** |  | | | |
| 團體章 | |  | | | | 代表人簽名 | | | |  | | | | | | |
| 申請日期 | | | |  | | | | | \*核准日期 |  |
| \*會員號碼 | | | |  | | | | | | |
| 1. 必須附團體証照影本，但學校單位可免。 2. 業務項目主要指與本協會性質相關之業務。 3. 請務必填寫郵遞區號。 4. 有 \* 符號之欄位，由本協會之工作人員填寫。 5. 協會傳真: 02-28204788；聯絡電話: 02-28201999 #2531 | | | | | | | | | **5.**代表人之學歷指與本協會性質相關之最高學歷，申請時必需附其証書影本或其他適當証明。 | | | | | | | |
| **6.** 團體會員入會費用5,000元，常年會費10,000元，請於繳交申請書後，匯款於學會指定帳戶，詳見協會網頁https://www.tatcm.org.tw/%e5%85%a5%e6%9c%83%e6%b5%81%e7%a8%8b/。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |