|  |
| --- |
| 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/。 |
|   |