

電腦	
掃描	

台北市醫師公會入會申請書

茲遵照醫師法第九條、醫師公會會籍登記規則暨貴會章程之規定，申請加入貴會為會員誠謹遵守醫師法暨貴會一切章程、細則、義務、決議等，如有違背所定規例公約或有不法行為，願受處分，絕無異議，檢具各項證件，敬希鑒核准予入會。

會員基本資料(必填)	姓	中文		出生年月日	民國	年	月	日	性別	
	名	英文		身分證/統一證號					出生地	
	學歷	醫學院校名稱			證書字號			發證日期		
					() 字第			號 年 月 日		
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						聯絡方式		
	住家地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						住家/戶籍電話	()	
							傳真	()		
E-mail							手機			
台北市醫師公會會刊	<input type="checkbox"/> 上網閱讀電子會刊(不寄送紙本會刊) <input type="checkbox"/> 寄送紙本會刊(寄 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 院所 <input type="checkbox"/> 戶籍地)			同意刊登執業院所於「台灣醫界」雜誌出版品			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
執業資料(必填)	醫師證書號碼	醫字第			號	發證日期	年 月 日			
	專科醫師資格	專科名稱		證書字號		發證日期				
		科		醫字第		號 年 月 日				
		科		醫字第		號 年 月 日				
執業醫院	名稱				負責醫師					
	地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			負責醫師					
	電話	()		執業科別		服務醫師				
	傳真	()		科						
貼相片處 (1吋或2吋皆可)	應繳驗證件	一、醫師證書正本及A4影本2份。 二、畢業證書正本及A4影本2份。 【前兩項，曾入過會者影本僅需1份】 三、本人相片3張【曾入過會者2張】。 四、原屬醫師公會退會證明書正本1份。			五、國民身份證及正反面影本1份。 六、醫師公約1份。 七、專科醫師證書本及A4影本1份。 八、服務證明影本1份(負責醫師免附)。 九、私章1枚。					
	蒐集、處理、利用及傳輸會員個人資料同意書 本人茲瞭解且同意公會基於會務及活動等業務需要(如公文轉知、雜誌寄送、團體保險、醫療統計.....等)而蒐集、處理、利用及傳輸(呈報全聯會)個人資料，在不違反個人資料保護法之範圍內，合法善意應用本人之個人資料。 本人對前項個人資料之提供或應用保有拒絕之權利，但本人若因拒絕公會對本人合法善意之應用而造成本人自身權益損害之情事，概由本人承擔其後果，與公會無涉。									
中華民國 年 月 日										
台北市醫師公會公鑒										