|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 中文姓名： | | 性別： | | 相片黏貼處  (最近二吋正面脫帽半身相片) |
| 英文姓名： | | | |
| 身分證字號： | | | |
| 出生日期： | | | |
| 聯絡電話(O)： | | | |
| 聯絡電話(H)： | | | |
| 行動電話： | | | |
| 電子信箱： | | | | |
| 最高學歷： | | | | |
| 服務機關： | | | | |
| 單位名稱： | | | 職稱： | |
| 戶籍地址： | □□□-□□ | | | |
| 通訊地址： | □同上 | | | |
| 會員類別： | □個人會員：入會費5,000元 常年會費2,000元  □相關會員：入會費2,000元 常年會費500元  □贊助會員：入會費10,000元 常年會費5,000元 | | | |
| 專業證照： | □醫師證書 □急診醫學專科醫師證書 □醫療指導醫師訓練證書  □護理人員 □ 級救護技術員 □其他： | | | |
| 國民身分證影本黏貼處  (正面) | | | 國民身分證影本黏貼處  (反面) | |
| 審查結果： | 年 月 日第 屆第 次理監事會議審查  □合於資格，通過入會，會員編號： 。  □資格不符，婉拒入會 | | | |

|  |
| --- |
| 台灣緊急救護醫療指導醫師學會向您蒐集之個人資料(包含個人姓名、職稱、電話、地址、電子郵件、照片等得以直接或間接識別個人的相關資訊)，將僅限使用於本會章程所載之會員業務範圍內相關服務使用，此會員入會申請表期限自聯繫起始日至會員身分終止日為止，並遵守個人資料保護法之規定妥善保護您的個人資訊。於此前提下，您同意本會得於法律許可之範圍內處理並利用相關資料以提供資訊、業務或服務，但您仍得依法律規定之相關個人資訊權利主張如下資訊：查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除，請於上班時間以電話或電子郵件聯繫。您亦可拒絕提供相關個人資料，惟可能無法及時享有本會提供之相關服務、活動及各項資訊之權利。  簽章處:  日期: 年 月 日 |
| 本人申請加入台灣緊急救護醫療指導醫師學會，係由本人之自由意願，並願遵照章程之規定享有權利與義務，特此聲明。  簽章處：  日期： 年 月 日 |
| ※繳交文件確認※  □醫師證書 □急診醫學專科醫師證書 □醫療指導醫師訓練證書  □護理人員 □ 級救護技術員 □身分證正反面影本  □證件照1吋2張 □其他： |