|  |
| --- |
| 團體中文名稱： |
| 團體英文名稱： |
| 成立日期：民國 年 月 日 |
| 代表電話： |
| 發證機關： | 證照字號： |
| 業務項目： |
| 登記地址： | □□□-□□ |
| 聯絡地址： | □同上□□□-□□ |
| 負責人職稱： | 負責人姓名： |
| 聯絡人 |
| 職稱： | 姓名： |
| 聯絡電話： | 電子信箱： |
| 會員代表 |
| 職稱： | 姓名： |
| 出生日期： | 性別： |
| 聯絡電話： | 電子信箱： |
| 學歷： |
| 經歷： |
| 備註： |
| 會員類別： | □贊助會員：入會費30,000元 常年會費15,000元 |
| 證明文件： | □立案證明書 □法人登記證書 □登記證明文件會員代表文件：□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： |
| 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貴團體蒐集之相關資料(包含團體名稱、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相關資訊。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資料，惟可能無法及時享有本協會提供之相關服務、活動及各項資訊之權利。(單位印信)負責人簽章： 日 期： 年 月 日 |
| 本團體申請加入台灣緊急救護醫療指導醫師學會，並願遵照章程之規定享有權利與義務，特此聲明。 (單位印信)負責人簽章： 日 期： 年 月 日 |
| ※入會繳交文件確認※□立案證明書 □法人登記證書 □登記證明文件□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： |