

台灣美容醫學教育學會
Taiwan Academy of Aesthetic Surgery and Medicine (TAASM)

會員入會申請書
Membership Application Form

Date Year Month Day
申請日期： 年 月 日

Membership type 種類	<input type="checkbox"/> Individual 個人會員 <input type="checkbox"/> Sponsor 贊助會員 <input type="checkbox"/> 準會員 <input type="checkbox"/> Honor 榮譽會員 <input type="checkbox"/> 顧問 <input type="checkbox"/> Other 其他_____				Membership Number 會員號碼			
Name 姓名	Chinese 中文：		English 英文：			Photo X 2 照片二張		
Birthday 出生	Yr 年	Mon 月	Day 日	Nationality 國籍				
Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女		ID number 身分證字號					
Contact Address 通訊地址	□□□□-□□□□							
Email Address 電子郵件	1. 2.			Tel 電話：(H) () Mobile 手機：() () () ()				
Education 學歷	School Name 學校		Major 學系		Certification number 證書字號		Graduation date 畢業年月	
	醫學院校						Year Month 年 月	
	最高學歷						Year Month 年 月	
Practice License 執業執照	Department 科		Certification number 證書字號		Certificate date 授證年月		Year Month 年 月	
Specialty 部定專科	Department 科		Certification number 證書字號		Certificate date 授證年月		Year Month 年 月	
MOE Faculty 部定教職 (無則免填)	<input type="checkbox"/> 教授 <input type="checkbox"/> 副教授 <input type="checkbox"/> 助理教授 <input type="checkbox"/> 講師		Certification number 證書字號		Certificate date 授證年月		Year Month 年 月	
			Certification school 審定學校		檢附部定教師證書影本 (無則免附)			
Experience 經歷	Hospital Name 醫院名稱		Department 科別		During (Yr/Mon - Yr/Mon) 期間 自 年/月 至 年/月		Director 部門主管	
	住院醫師							
	主治醫師							
Current Work 現職	Hospital 服務醫院：		Department 科別：			Title 職稱：		
	Address 地址：□□□□-□□□□							
	Tel 電話：() () () ()		ext 分機：() ()		Fax 傳真：() () () ()			
醫學暨美醫專長					證照 (無則免填)			
非醫學專長					證照 (無則免填)			
Other medical organization	其他醫學會會：			Recommender 介紹人 (無則免填)		Name 姓名		Signature 簽名
Result 審查結果	<input type="checkbox"/> Pass 通過 <input type="checkbox"/> Not pass 不通過 <input type="checkbox"/> Need more information 補寄資料再審			Signature 簽名		審查日期： 第 屆第 次會議		
Date 中華民國	Year 年	Month 月	Day 日	Applicant Signature 申請人簽章：				

註：1. Other than application, please attach the one copy of the following document, identification card, doctor certification, practice license and specialization certification. 除本申請表外，請隨函附上身份證影本、醫師證書影本、執業執照影本及專科證書影本各乙份。
2. The application will be review by membership counsel; the result will be informed by mail. 入會資格將由理監事會議通過後另行通知。
3. Membership fee is NT\$2,000, yearlong fee is NT\$1,000, fees pay upon entering the organization. 入會費 2,000 元、常年會費 1,000 元，於會員入會時繳納。銀行帳戶：台灣美容醫學教育學會/合作金庫銀行松興分行 (銀行代號：006) 帳號：【0899717137631】