

社團法人中華民國器官捐贈協會 個人會員入會申請書

編號：

姓 名		性 別		出 生 期 日		
籍 貫				身 份 證 字 號	(請附上身份證影本一份)	
最高學歷						
服務單位				職 稱		
經 歷						
聯絡地址				電(住) 話(公)		
會員類別	捐贈者家屬 DF	受贈者 R	受贈者家屬 RF	器捐作業人員 P(醫師社工護理)	義工 V	一般 O
(請打 V)						
<p>申請人簽章：</p> <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p>						

說明：1、成為本協會會員，(入會費 1,000 元，往後每年年費 1000 元)
請您利用郵政劃撥方式繳納，並將申請書填妥後傳真或
郵寄回「中華民國器官捐贈協會」。

2、通訊方式：

地址：台北市 106 大安區信義路四段 24 號 6 樓

電話：(02) 2702-5150 傳真：(02) 2702-5393

劃撥帳號：17424922 「社團法人中華民國器官捐贈協會」