

社團法人中華民國器官捐贈協會 團體會員入會申請書

編號：

團體名稱		負責人	
		職稱	
聯絡地址		電話	
		傳真	
會員代表		性別	
職稱		出生日期	
籍貫		經歷	
學歷			
成立日期		會員人數	
發證機關		證照字號	
業務項目			
申請團體：(簽章)			
負責人：			
中華民國 年 月 日			

說明：1、團體會員入會費 10,000 元，常年會費 5,000 元，請於入會時繳納。

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」