**社團法人台灣國際疾病分類學會團體會員入會申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機構名稱 | | |  | | 醫事機構代號 | |  |
| 統一編號 | | |  | | 評鑑層級 | |  |
| 收據抬頭 | | |  | | | | |
| 院長 | | |  | | | | |
| 機構地址 | | |  | | | | |
| 聯絡方式 | | | 聯絡人 |  | | | |
| 機構電話 |  | | | |
| 電子信箱 |  | | | |
| **團體會員推派代表名冊**  **推派代表：醫學中心5人、 區域醫院4人、地區醫院3人、基層醫院1人** | | | | | | | |
| 職稱 | 姓名 | 出生年月日 | | 國民身分證統一編號(居留證號) | | 戶籍或聯絡地址 | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |

**負責人簽名欄：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（應親自簽名或蓋章並加蓋組織章戳）

**申請日期：中華民國\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日**

申請程序說明：

1. 團體會員入會費新臺幣2,000元。
2. 常年會費：醫學中心新台幣10,000元、區域醫院新台幣7,000元、地區醫院新台幣5,000元、基層醫院新台幣3,000元。
3. 入會及常年會費請轉帳至以下帳號：

銀行：臺灣銀行松山分行 銀行代號：004

帳號：064001062462 戶名：社團法人台灣國際疾病分類學會

1. 請將貴單位入會申請書與轉帳單影本一併郵寄至110066 台北市信義區興雅里忠孝東路五段59號12樓「社團法人台灣國際疾病分類學會」收。