

中華民國思樂醫之友協會個人會員入會申請書

會員編號：

姓名：	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	—	吋
身份證字號：			
生日： 年 月 日	籍貫：	照	片
學歷： 科系 <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 就學中	職業：		
聯絡電話：(0) (H)		手機	
E-mail：			
聯絡	永久地址：		
地址	通訊地址：		郵遞區號_____
是否接受協會關懷組志工不定期電話關懷？ <input type="checkbox"/> 接受 <input type="checkbox"/> 不願意			
宗教信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 回教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 無或其他_____			
保險情形 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 一般壽險 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 無或其他_____			
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 其他		緊急聯絡人 電話	
就診醫院：	診斷確定時間：	病齡： 年	
請問您是由何處知道本會的資料？ <input type="checkbox"/> 報紙_____報 <input type="checkbox"/> 朋友介紹 <input type="checkbox"/> 網路			
<input type="checkbox"/> 電視或廣播_____節目 <input type="checkbox"/> 醫院或_____醫師 <input type="checkbox"/> 其他_____			

本人贊同 貴會推動思樂醫病友衛生教育，增進醫療效果之宗旨，並願遵守會章，茲檢送申請書一份，即請惠予入會為個人會員為禱。

申請人： 年 月 日

介紹人： (無介紹人可不用填寫) 年 月 日