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： | | | □女　　□男 | | 一　　　　吋  　　照　　　　片 | |
| 身份證字號： | | | | |
| 生日：　　　年　　 月　　日 | | 籍貫： | | |
| 學歷：　　　　　　科系　　　　□畢業□肄業□就學中 | | | | | 職業： | |
| 聯絡電話：(O) 　　 (H) 　　 手機 | | | | | | |
| 聯絡 | 永久地址： | | | | | |
| 地址 | 通訊地址：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵遞區號\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 宗教信仰　□佛教　□天主教　□回教　□道教　□基督教　□無或其他\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 保險情形　□健保　□農保　□一般壽險　□公保　□無或其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 婚姻狀況：□單身　□已婚　□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？　□報紙\_\_\_\_\_\_\_\_\_報　□朋友介紹　□網路 | | | | | | |
| □電視或廣播\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_節目　 □醫院或\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫師□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