**臺灣觀察性健康資料研究學會個人會員入會申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人姓名 |  |
| 民國出生年月日 | 年 月 日 |
| 國民身分證統一編號  （居留證號） |  |
| 性別 | □男 □女　□其他，請說明：\_\_\_\_\_\_\_ |
| 學歷 |  |
| 經歷 |  |
| 現職 | 服務單位： |
| 職 稱： |
| 戶籍地址 |  |
| 通訊地址 |  |
| 聯絡方式 | 室內電話：  行動電話：  電子信箱： |

**簽名欄：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（應親自簽名或蓋章）

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

**臺灣觀察性健康資料研究學會團體會員入會申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 團體/公司/  商業名稱 | | |  | | | |
| 成立日期 | | |  | | | |
| 發證單位 | | |  | | | |
| 團體立案/公司登記/商業登記字號 | | |  | | | |
| 團體地址 | | |  | | | |
| 聯絡方式 | | | 室內電話 |  | | |
| 傳 真 |  | | |
| 行動電話 |  | | |
| 電子信箱 |  | | |
| 團體/公司/商業  負責人資料 | | | 姓 名 |  | | |
| 聯絡電話 |  | | |
| 團體會員推（選）派代表名冊 [上限5名] | | | | | | |
| 職稱 | 姓名 | 性別 | 民國出生年月日 | 國民身分證統一編號(居留證號) | 戶籍或聯絡地址 | 簽名或蓋章 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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