**中華民國生育醫學會入會申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 身分證字號 |  | 出生年月日 | 19 / / |
| 畢業學校系所 |  | 學位 |  |
| 經歷 |  |
| 生育醫學訓練經驗(單位) |  |
| 目前從事生殖醫學相關業務 | □醫師 □胚胎師 □諮詢師 □醫檢師□護理師 □其他  |
| 現任在職機構及部門單位 |  |
| 戶籍地址 |  | 郵遞區號 |  |
| 通訊地址 |  | 郵遞區號 |  |
| 連絡電話 | 公：（ ）宅：（ ） |
| 傳真電話 | ( ) | 行動電話 | 09 -  |
| E-mail | @ |
| 推薦人 | (簽章) |
| 推薦人 | (簽章) |
| 申請人 | (簽章) |
| 申請入會日期 | 中華民國　　　　年　　　　月　　　　日 |

(勿填)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審查結果 | □核可通過□不核可通過 | 會員類別 | □個人會員□從屬會員 | 會員號碼 |  |