**國際醫療衛生促進協會**

***Taiwan Global Healthcare Association***

**會員入會申請表-團體會員**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **團體會員** 請填下列表格 | | | | | |
| **公司團體名稱:** | | | | **團體負責人姓名：** | |
| **統一編號：** | | | | **聯絡人姓名： 職稱：** | |
| **通訊住址：** | | | | | |
| **聯絡電話：**  **(公) (手機)** | | | | | **傳真：** |
| **E-mail address：** | | | | | |
| **❖醫院代表人：(每團體會員可推派五位會員代表)** | | | | | |
| ➊代表人姓名： | | 職稱： | | | |
| 聯絡電話： 分機： | | 聯絡傳真： | | | |
| E-mail： | | | | | |
| ➋代表人姓名： | | 職稱： | | | |
| 聯絡電話： 分機： | | 聯絡傳真： | | | |
| E-mail： | | | | | |
| ➌代表人姓名： | | 職稱： | | | |
| 聯絡電話： 分機： | | 聯絡傳真： | | | |
| E-mail： | | | | | |
| ➍代表人姓名： | 職稱： | | | | |
| 聯絡電話： 分機： | 聯絡傳真： | | | | |
| E-mail： | | | | | |
| ➎代表人姓名： | 職稱： | | | | |
| 聯絡電話： 分機： | 聯絡傳真： | | | | |
| E-mail： | | | | | |

**介紹人： 申請日期： 年 月 日**

**會員入會費用**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **會員類別** | **入會費** | **常年會費** | **備註** |
| **學生會員** | 300 | 200 | 無投票權 |
| **贊助會員** |  |  | 無投票權 |
| **個人會員** | 1,000 | 1,000 |  |
| **團體會員**  聯絡人：秘書處  地址：10687 台北市仁愛路4段266巷19弄1號7樓  電話：02-2701-9368  傳真：02-2701-9368(傳真前煩請來電告知)  E-Mail：tgha2015@gmail.com | 20,000 | 10,000 |  |

**※繳費方式：**

**入會費用請至銀行繳納**

**匯款戶名：國際醫療衛生促進協會**

**銀行：永豐銀行三興分行807-1479**

**帳號：14701800025128**