**團體會員入會申請書**

申請日期： 年 月 日 會員編號： **C**

|  |  |
| --- | --- |
| \*單位名稱 |  |
| 單位地址 |  | 團體屬性 |  |
| 聯絡郵箱\*註:僅限Gmail |  | 連絡電話 |  |
| 團體成員名冊 |
| 序號 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 國民身分證號 | 親自簽名或蓋章 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 職稱 | 戶籍（工作）地址 | 手機號 |
|  |  |  |
| 序號 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 國民身分證號 | 親自簽名或蓋章 |
| 2 |  |  |  |
| 職稱 | 戶籍（工作）地址 | 手機號 |
|  |  |  |
| 序號 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 國民身分證號 | 親自簽名或蓋章 |
| 3 |  |  |  |
| 職稱 | 戶籍（工作）地址 | 手機號 |
|  |  |  |
| 理事會審查 | □同意□不同意；\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_審查簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 會費繳納紀錄 | □入會會費：新台幣5,000元□常年會費：新台幣5,000元□ 年度 □ 年度 □ 年度□ 年度 □ 年度 □ 年度□ 年度 □ 年度 □ 年度 |
| 其他記事 | **團體會員以3人為團體，並推派具有護理師(士)代表1人，以行使會員權利。** |