**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。** | | | | | |