**台灣衛生所專業人員協會**

**團體會員入會申請書**

**申請日期：中華民國 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| **團體/公司名稱** |  |
| **成立日期** |  |
| **發證單位** |  |
| **團體立案字號/營業登記證號** |  |
| **負責人資料** | 姓 名： |
| 聯絡電話： |
| **聯絡地址** | 市縣 鄉鎮市區 村里 街路 段  巷 弄 號 樓之 室 |
| **聯絡方式** | 室內電話： -  傳真： -  行動電話： -  電子信箱： ＠ |

**會員資格審查：經 年 月 日籌備會/理事會同意。 □團體會員 □贊助會員 □榮譽會員**

**團體會員入會申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 團體推（選）派代表**01.** | | | | | | | | 簽名或蓋章 |
| 職稱 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | | | 國民身分證  統一編號 | 戶籍（工作）地址 |
|  |  |  |  | | |  |  |  |
| 團體推（選）派代表**02.** | | | | | | | | 簽名或蓋章 |
| 職稱 | 姓名 | 性別 | | 出生年月日 | 國民身分證  統一編號 | | 戶籍（工作）地址 |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
| 團體推（選）派代表**03.** | | | | | | | | 簽名或蓋章 |
| 職稱 | 姓名 | 性別 | | 出生年月日 | 國民身分證  統一編號 | | 戶籍（工作）地址 |
|  |  |  | |  |  | |  |  |