

社團法人台灣長照護理學會入會申請書 (團體會員)

會員證號碼 (由學會填寫)						
團體名稱						
電 話		負 責 人	職 稱		姓 名	
地 址	□□□					
成 立 日 期			會 員 人 數			
證 照 字 號			發 證 機 關			
業 務 項 目						
會員代表						
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期	年 月 日	出 生 地
學 歷		經 歷		職 稱		
連 絡 電 話	(O) (H)	手 機 號 碼		E - m a i l		
應 繳 文 件	一、會員代表身分證正、反影本 二、個人資料提供同意書					
申請人：_____ (簽章) 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 負責人：_____ (簽章) 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
審 查 結 果	經 _____ 年 _____ 月 _____ 日台灣長照護理學會第 _____ 屆第 _____ 次理事會議審查 結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：					

備註：備註：1.本會地址：110 台北市信義區吳興街 250 號臺北醫學大學護理學院台灣長照護理學會辦公室 (A1415H 室)，E-mail：tltcna2017@gmail.com

2.連絡電話：(02)6636-2995

個人資料提供同意書

- 一、本人同意將所填載及提供個人資料之報名表及相關文件，作為學會行政作業所需，得依個人資料保護法相關規定為必要之蒐集、處理及利用。本人亦同意學會得按法令規定之保存期限留存報名表及相關文件，毋庸退件。
- 二、依個人資料保護法第 8 條第 1 項第 6 款規定，機關必須明確告知對您權益的影響，如您未於簽名欄中簽名，本學會將無法進行必要之審核及處理作業，致無法提供您相關之服務。

此致

社團法人台灣長照護理學會

立同意書人：_____（簽章）

中 華 民 國 年 月 日