**台灣腫瘤消融醫學會(TATA)**

**甲狀腺腫瘤消融手術醫師(Thyroid Tumor Ablation Operator)**

**專業證書申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **(中文)** | | | **會員編 號** |  | | **照片黏貼**  **二吋照片2張** | |
| **(英文)** | | |
| **出生日期** | **民國 年 月 日** | | **身分證號** |  | | |
| **戶籍地址** | **□□□□□（請填寫郵遞區號）** | | | | | |
| **通訊地址**  **(□同上)** | **□□□□□（請填寫郵遞區號）** | | | | | |  | |
| **現職** | **服務醫院/科別** |  | | | **職位/** | | |  |
| **醫院地址** |  | | | | | | |
| **聯絡方式** | **醫院電話/分機** |  | | | **E-mail** |  | | |
| **行動電話** |  | | | **傳真** |  | | |

請勾選以下需申請項目，並請檢附相關資料一併郵寄至學會會址

|  |  |
| --- | --- |
| □  入會申請 | 檢附:1.身分證影本一份。  2.專科醫師證書影本一份。  3.入會費新台幣壹仟元整(NT.1500) |
| **甲狀腺腫瘤消融手術醫師**申請 | 報考資格：  1、須為本學會會員。(若還不是會員請一併勾選上列入會申請)  檢附:  1、【**甲狀腺腫瘤消融手術醫師申請表**】、【**甲狀腺腫瘤消融觀察與操作護照**】正本。  2、最近三年內二吋正面脫帽半身照片兩張，並告知【**帳號末5碼**】以利學會對帳。  3、匯款帳號末五碼:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 戶名：台灣腫瘤消融醫學會 帳號：合作金庫銀行 台大分行 006 1346765640374  隨時最新訊息請上官網查詢。Web：<http://www.tatatw.org.tw> | |
| 聯絡電話：02-66289779#2335； E-mail：tata1010218@gmail.com  郵寄地址：231 新北市新店區建國路289號3樓肝膽腸胃科檢查室  收件人:台灣腫瘤消融醫學會(TATA) 收。 | |