**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。 |