

台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會

專科及一般會員申請表格

中文姓名		英文姓名		會員編號 (由秘書處填寫)	
		(first) (middle) (last)			
出生日期	民國 年 月 日	身分證號		性 別	
通訊地址					
戶籍地址					
電 話	(公)	(家)	(行動)		
傳 真		E-mail			
學 歷					
經 歷					
現 職					
專 長 (可複選)	<input type="checkbox"/> Neurosurgery <input type="checkbox"/> Stereotactic Surgery <input type="checkbox"/> Functional Surgery <input type="checkbox"/> Radiology <input type="checkbox"/> Radiosurgery <input type="checkbox"/> Neurology <input type="checkbox"/> Basic Research <input type="checkbox"/> Others : _____				
檢附資料 (影印本)	<input type="checkbox"/> 專科醫師證書 或 <input type="checkbox"/> 其他相關證書 : _____				

*本會專科與一般會員申請資格如下：

凡贊同本會宗旨，於國內醫療機構參與神經內、外科，神經功能性治療，或放射手術之臨床醫療或基礎研究工作之專科醫師或專科醫師以外之人員。需填具入會申請書及檢附資料，並繳納入會費及常年會費，經理事會審核通過後，為專科或一般會員。

*入 會 費：專科會員：新台幣壹仟元；一般會員：新台幣貳佰元。

常年會費：專科會員：新台幣伍佰元；一般會員：免 繳。

與 會 費：專科會員：免 繳；一般會員：新台幣貳佰元。

郵政劃撥帳號：50134491 戶名：台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會

(此郵政劃撥帳號僅供申請會員匯款專用)

*請將申請表、檢附資料及郵政劃撥收據，郵寄下列地址：235 新北市中和區中正路291號

*學會聯絡信箱：tssfmr@gmail.com

*聯絡人：

姓名	電話	E-mail	傳真
謝亨如	02-2249-0088#2504	helena@s.tmu.edu.tw	02-2249-0088#2507~2509
杜嘉瑩	02-2249-0088#8809	15263@s.tmu.edu.tw	