**Intraocular Implant & Refractive Society of Taiwan (IIRST)
台灣眼內植入及屈光手術醫學會
Individual Membership Application Form
個人會員入會申請書**

\* All questions are required, thank you for your cooperation. 所有欄位均必填，感謝您的合作。

|  |  |
| --- | --- |
| Type of Application申請類型 | ☐New  新入會  |
| Name in Taiwanese Mandarin中文姓名 |  |
| Name in English (First Name-Last Name)英文姓名 |  |
| Passport Name護照所示英文姓名 |  |
| R.O.C. Uniform ID Number orResidence Permit Number身分證字號 或 居留證號 |  |
| Gender性別 |  |
| Date of birth (YYYY/MM/DD)出生年月日 (西元) |  |
| Institution Name服務機構全銜 |  |
| Email Address電子信箱 |  |
| Main Phone主要連絡電話 |  |
| Postal address郵件地址 |  |

確認請勾選：

☐ **本人具有中華民國醫師資格，已取得衛生福利部核發之眼科專科醫師證書資格。**

**SIGNATURE & Date 請親自簽署 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| To be filled out by the staff of the Society 以下欄位由學會工作人員填寫 |
| Membership No.: | Date of issue: |