

台灣肌無力症關懷協會-入會申請書

會員編號：

(請您詳細填寫表格內每個欄位資料並簽名) 2025 修正版

會員名稱		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生 年月日		出生地		身份證 統一編號	
學歷			經歷				現職		
聯絡資料	戶籍地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址： 通訊地址：								
	電話：(宅)			e-mail：			就醫醫院：		
	手機：			Line ID：			醫師名稱：		
申請組別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 正式會員 <input type="checkbox"/> 贊助會員		審核結果				備註		
<input type="checkbox"/> 正式會員：入會費：1,000 元 常年會費：700 元。 <input type="checkbox"/> 贊助會員：免入會費 常年會費：700 元。									
						申請人簽章：			
中華民國			年			月			日

個人資料聲明：

臺灣肌無力症關懷協會向您取得之個人資料，包含個人姓名、電話、住址及電子郵件等，將僅限使用於本會捐款服務與管理、會員管理、會務活動等使用。本會遵守個人資料保護法與相關法律條文之規定，妥善保護您的個人資訊。於此前提下，您同意臺灣肌無力症關懷協會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務。而就您的個人資料，您得依據個人資料保護法向本會主張如下權利：查詢、閱覽、更正、刪除及請求停止利用等。若您欲行使上述權利，請您親自於上班時間以電話或傳真與臺灣肌無力症關懷協會聯繫。

我已詳閱並同意簽名：_____ 日期：_____