

台灣神經母細胞瘤病友關懷協會 團體會員入會申請書

團體 名稱					地址					電話								
負責人	職稱	姓名	會員 代表	姓名	性別	出生 年月日	出生地	學 歷	經 歷	職 稱	備 註							
成立日期	會員(員工) 人數		證照字號	發證機關		業 務 關 係 項 目												
會員類別		<input type="checkbox"/> 工商團體 <input type="checkbox"/> 社會團體 <input type="checkbox"/> 專業團體 <input type="checkbox"/> 其他：_____			審查結果 (由本會填寫)		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過		會員證號碼 (由本會填寫)									
申請人：																		
負責人：													(簽章)					
中 華 民 國													年		月		日	