**個人會員申請入會資料**

入會日期：　　年　　月　　日

會員證編號（無須填寫）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 |  | 類別 | □一般民眾  □血液重症或移植病友  　（診斷：　　　　　　） |
| 出生日期 | 年　月　日 | 籍貫 |  |
| 電話（H） |  | 手機 |  |
| 通訊處 |  | | |
| 學歷 |  | | |
| 經歷（現職） |  | | |
| 專長 |  | | |
| 推薦人 |  | | |
| 刊物或活動資料 | □紙本  □電子檔（信箱：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 入會費：年費500元（病友第一年無須繳納）。  ATM轉帳捐款帳戶資訊（記得來電告知以備註記）。  戶名：中華骨髓移植關懷協會  合作金庫石牌分行006　帳號：1427872010472  郵政劃撥帳號：17359048 | | | |
| 聯絡地址：台北市112 北投區石牌路2段201號 （電算室三樓）  聯絡電話：（02） 2874-8538  傳真：（02） 2872-7183  電子信箱：tbmtsa@hotmail.com  聯絡人：劉玉琴  聯絡時間：每週一至週五 09：00~16：00 | | | |