中 華 民 國 區 域 醫 院 協 會 團 體 會 員 申 請 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 醫院全名 | 中文： | 會員編號 | 此欄由本會填寫 |
| 英文： | 院 長 |  |
| 醫院等級 | 1. 健保特約類別：□區域級給付醫院
2. 醫院評鑑（含精神科醫院評鑑）合格效期：　　　　　　　~
3. 開放床數：

急性一般病床　　　　床；慢性一般病床　　　　床；特殊病床　　　　床；精神急性一般病床　　　　床；精神慢性一般病床　　　　床 | 創院日期 | 年　　月　　日 |
| 電話 | (　)- |
| 醫院屬性 | □公立 □私立 □財團法人 □社團法人 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 傳真 | (　)- |
| 地址 | □□□　　　　　　　　　　　　　鄰村　　　　里　　　　路(街)　　段　　　巷　　　弄　　　號　　　樓之 |
| E-mail：（註：敬請務必填寫並有專人負責管理，以利電子資訊傳遞各項政策訊息） | 請 蓋 醫 院 章 |
| E-mail收發人資料(註：如有異動，請告知本會) | 姓名：服務單位及職稱：聯絡電話： |  |
| 入會申請日期 | 年　　月　　日 |
| 核准日期 | 此欄由本會填寫 | 醫院窗口聯絡人：聯絡電話：(　) - |

中華民國區域醫院協會團體會員代表人資料表Ⅰ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 順位序號 | 第 位代表人 | 性別 |  | 出生日期 | 西 元 年 | 月 | 日 | 身分證號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 出生地 |   |
| 姓 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通訊地址 | □□□　　　　　　　　　　　　　　　段　　巷　弄　號　樓之 | 聯絡電話 | (O) | 在 此 浮 貼代表人一吋彩色照片輕輕浮貼勿黏過緊 |
| (H) |
| 戶籍地址 | □同通訊地址□□□　　　　　　　　　　　　　　　段　　巷　弄　號　樓之 | 傳　　真 |  |
| 手　　機 |  |
| 任職機構 |  | E-mail |  |
| 任職單位 |  | 備用E-mail |  |
| 職 稱 |  | E-mail收發者 | □由本人收發□由代理人收發，收發人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 最高學歷 |  |
| 經歷 | 請簡要述明經歷 |
| ※注意事項：一、請檢附六個月內一吋彩色照片一張（背面註明姓名及服務單位）。二、請代表人以正楷填寫基本資料。三、請每位代表人分別填寫，可影印使用。單位：中華民國區域醫院協會　地址：10581台北市松山區健康路131號2樓　電話：(02)2742-3636　傳真：(02)2742-3737　E-mail：rha89106@gmail.com  |

中華民國區域醫院協會團體會員代表人資料表Ⅱ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 順位序號 | 第 位代表人 | 性別 |  | 出生日期 | 西 元 年 | 月 | 日 | 身分證號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 出生地 |   |
| 姓 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通訊地址 | □□□　　　　　　　　　　　　　　　段　　巷　弄　號　樓之 | 聯絡電話 | (O) | 在 此 浮 貼代表人一吋彩色照片輕輕浮貼勿黏過緊 |
| (H) |
| 戶籍地址 | □同通訊地址□□□　　　　　　　　　　　　　　　段　　巷　弄　號　樓之 | 傳　　真 |  |
| 手　　機 |  |
| 任職機構 |  | E-mail |  |
| 任職單位 |  | 備用E-mail |  |
| 職 稱 |  | E-mail收發者 | □由本人收發□由代理人收發，收發人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 最高學歷 |  |
| 經歷 | 請簡要述明經歷 |
| ※注意事項：一、請檢附六個月內一吋彩色照片一張（背面註明姓名及服務單位）。二、請代表人以正楷填寫基本資料。三、請每位代表人分別填寫，可影印使用。單位：中華民國區域醫院協會　地址：10581台北市松山區健康路131號2樓　電話：(02)2742-3636　傳真：(02)2742-3737　E-mail：rha89106@gmail.com  |

|  |
| --- |
| ※會員注意事項：一、會員醫院代表人，每院以兩名代表人為上限。二、申請入會請檢附1. **申請表**
2. **團體會員代表資料表**
3. **衛生局核准開業執照影本**
4. **匯款收據影本**
5. **代表人之近六個月內一吋彩色照**（照片背面註明姓名及服務單位）。

三、新加入會員應於入會時繳交入會費新台幣伍萬元整、常年會費新台幣伍萬元整。四、會費之繳交請利用本會合作金庫銀行-北寧分行帳號5894-717-002988 (戶名-中華民國區域醫院協會)，請指定抬頭為中華民國區域醫院協會，並註明禁止背書轉讓。 |

**中華民國區域醫院協會**

 **年度會員代表暨聯絡人確認**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **團體名稱** |  | **院　長** |  |
|  |

|  |
| --- |
| **代表人(一)** |
| **姓　　名** |  | **職　　稱** |  |
| **電　　話** |  | **傳　　真** |  |
| **手　　機** |  | **E-Mail** |  |
| **代表人(二)** |
| **姓　　名** |  | **職　　稱** |  |
| **電　　話** |  | **傳　　真** |  |
| **手　　機** |  | **E-Mail** |  |
| **主要窗口** |
| **姓　　名** |  | **職　　稱** |  |
| **電　　話** |  | **傳　　真** |  |
| **手　　機** |  | **E-Mail** |  |
| **次要窗口** |
| **姓　　名** |  | **職　　稱** |  |
| **電　　話** |  | **傳　　真** |  |
| **手　　機** |  | **E-Mail** |  |

※若會員醫院代表人有異動，敬請務必先行來電告知本會後，再來函更改。
協會電話：(02)2742-3636　　　　E-mail：rha89106@gmail.com

※貴院主要窗口為本會聯絡所有事項之橋梁，為使協會最新資訊即時敬達 貴院院長及相關承辦單位，故請協助詳實確認此表單資料**。**未來亦請貴院窗口針對本會所詢案件，積極配合收發郵件惠復本會。