

社團法人中華民國威廉斯氏症協會入會申請書

Membership Application Form

Williams Syndrome Association of Republic of China

編號：

No.

申請日期：

年 月 日

Date

/ /

姓名 Name		性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	身份證字號 ID No.	
身份 Identity	<input type="checkbox"/> 病友(Patient)		<input type="checkbox"/> 家屬-關係_____ Family-relationship 病友姓名_____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Name of Patient_____ Male/Female 出生日期: 年 月 日 Birthday / / 身分證字號: ID No.		
	<input type="checkbox"/> 其他 Others : _____		<input type="checkbox"/> 團體名稱:_____ Group name		
電話 Tel:			傳真 Fax:		
出生年月日 Birthday	年 月 日 / /		行動電話 Mobile:		
學歷 Education			職業 (現職) Occupation		
戶籍地址 Residence address	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
通訊地址 Mailing address	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 (same as above)				
E-mail					
備註： Remarks: <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 申請人： (簽章) Applicant 中華民國 年 月 日 Date </div>					
審核欄 (本會工作人員填寫) : Review (filled by staff):					
審查結果 Result		會員類別 Member category	<input type="checkbox"/> 個人會員 Personal <input type="checkbox"/> 團體會員 Group <input type="checkbox"/> 贊助會員 Sponsor <input type="checkbox"/> 永久會員 Permanent <input type="checkbox"/> 其他 Other : _____		

工作人員收件日期/簽章：

Receipt date/signature: