

會員編號(由協會填寫)：

社團法人中華民國腹膜透析腎友協會 個人會員入會申請書

姓名：_____ 出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

性別：_____ 身分證字號：_____ 學歷：_____

經歷：_____ Email：_____

戶籍地址：_____

聯絡地址：_____

聯絡電話：(_____)_____ 手機：_____

會員類別：

腹膜透析腎友

藥水廠商： 萬益特 費森尤斯

腹膜透析腎友親友

血液透析腎友

換腎腎友

其他：_____

◎ 以下請勾選

1. 依個人資料保護法規定，會員了解並同意本會僅能使用會員資料，做為會務活動之書面或口頭聯繫，及相關文宣季刊之寄送。 同意 不同意

2. 是否需要會員服務「團體微型保險」相關資訊說明。 是 否

透析院所：_____ 開始透析時間：中華民國_____年_____月

申請日期：中華民國_____年_____月_____日 申請人簽章 _____

◎ 請回傳申請書並繳交入會費 300 元及常年會費 500 元，合計新台幣 800 元整，家境清寒者，檢附中低收入戶證明可減免會費。收到會費後，將寄送入會贈品及收據給您。

◎ 繳費方式：_____ 戶名：社團法人中華民國腹膜透析腎友協會

1. 郵局劃撥帳號 19991845 2. 台北富邦銀行(012)建國分行 帳號：724-102-009418

◎ 郵寄地址：100013 台北市中正區紹興北街 35 號 4 樓之 1 中華民國腹膜透析腎友協會 收
電話：(02)2517-4905 傳真：(02)2393-1686 Email: capd.org@msa.hinet.net