**台灣骨髓增生性腫瘤關懷協會 個人會員 入會申請書**

**申請日期：中華民國\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*姓名** |  |
| **\*出生年月日** | **中華民國\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日** |
| **\*國民身分證或**  **居留證統一編號** |  |
| **\*性    別** | □男　□女　□其他，請說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **\*加入身分** | □病友　□家屬，與病友關係為：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **\*目前主治醫師** | (若為家屬請填寫病友的主治醫師) |
| **\*聯絡方式** | \*行動電話：  \*電子信箱： |
| **\*通訊地址** |  |