



澳門外科學會  
Macau Surgical Association

相片  
PHOTO

入會申請表 APPLICATION FORM

中文姓名：\_\_\_\_\_ 葡/英文姓名：\_\_\_\_\_

Name in Chinese

Name in Portuguese / English

性別：\_\_\_\_\_ 國籍：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

Sex

Nationality

Date of birth ( year / month / day )

出生地點：\_\_\_\_\_ 證件類別及號碼：\_\_\_\_\_

Place of birth

ID No.

中文地址：\_\_\_\_\_

Address of Chinese

葡文地址：\_\_\_\_\_

Address of Portuguese

學校名稱：\_\_\_\_\_ 專業：\_\_\_\_\_

Name of school

Major

學歷：\_\_\_\_\_ 入行年份：\_\_\_\_\_年

Education level

Year of entry ( year )

現任職機構：\_\_\_\_\_

Company Name

職級：\_\_\_\_\_ 工作部門電話：\_\_\_\_\_

Position

Department extension

電郵地址：\_\_\_\_\_ (建議填寫)

E-mail

個人專長：\_\_\_\_\_ 聯絡電話 / 手提：\_\_\_\_\_

Personal skill

Contact N<sup>o</sup>.

申請入會日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 介紹人：\_\_\_\_\_

Entry Date ( year / month / day )

Introducer

茲申請為會員，願遵守會章  
The applicant accepts all association regulation

簽名：\_\_\_\_\_

Signature

此欄由本會填寫 For official use

理事會批准入會日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 會員編號：\_\_\_\_\_

理事會批准入會日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

會員編號：\_\_\_\_\_

理事會印鑒：\_\_\_\_\_

- 說明：1. 申請入會時須經本會會員一人介紹。需繳交本人證件和大學本科畢業證書(如有)副本，及相片兩張。  
2. 功能會員(如醫生)入會費澳門幣 200 元。每年年費澳門幣 100 元，或可選擇一次過繳付澳門幣 700 元，成為永久會員。  
3. 非功能會員(如護士等)入會費澳門幣 100 元。每年年費澳門幣 50 元，或可選擇一次過繳付澳門幣 350 元，成為永久會員。