

附件二

連江縣護理師護士公會會員入會申請單

身分證號碼																	
會員證號碼																	
姓名				服務機關													
籍貫	省		縣市		服務機關地址												
出生年月日	年		月		日		服務機關電話										
通訊地址							電話(O)										
戶籍地址							電話(H)										
E-mail					行動電話												
護士證書	護字第		號		發給		年		月		日		請貼一寸照片				
護理師證書	護理字第		號		發給		年		月		日						
護理學校名稱	第一			科系			學位			修業年限	年制		畢業日期	年		月	
	最高			科系			學位			修業年限	年制		畢業日期	年		月	
最高學歷			科系			學位			修業年限	年制		畢業日期	年		月		
<p>※請以正楷填寫</p> <p>1. 目前婚姻狀態 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚</p> <p>2. 護理服務總年資 _____ 年</p> <p>3. 現職: <input type="checkbox"/> 基層臨床 <input type="checkbox"/> 長照機構 <input type="checkbox"/> 校護 <input type="checkbox"/> 護理主管 <input type="checkbox"/> 非護理行政</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(請說明)</p>																	
審查結果				會員類別				會員證號									

核發入會日期:

辦理人員: