

# 台大醫院退休同仁聯誼會會員入會申請書

編號：

姓名		性別		身分證字號	
出生日期	年 月 日	退休日期	年 月 日	入會日期	年 月 日
退休時工作單位					
現在通訊地址	( )			連絡電話	
備註	<p>一、敬請於每月1.3.5週星期四下午二時至四時，至退休聯誼會辦公室（舊大樓地下室，分機：67605）。</p> <p>二、請攜帶一寸身相片二張、入會費200元及永久會員費2,000元，共2,200元，</p>				