

# 社團法人中華民國器官捐贈協會 團體會員入會申請書

編號：

團體名稱	負責人	
	職稱	
聯絡地址	電話	
	傳真	
會員代表	性別	
職稱	出生日期	
籍貫	經歷	
學歷		
成立日期	會員人數	
發證機關	證照字號	
業務項目		
申請團體：		(簽章)
負責人：		
中華民國      年      月      日		

說明：1、團體會員入會費 10,000 元，常年會費 5,000 元，請於入會時繳納。

2、通訊方式：地址：台北市 106 大安區信義路四段 24 號 6 樓

電話：(02)2702-5150 傳真：(02)2702-5393

劃撥帳號：17424922 「社團法人中華民國器官捐贈協會」