



# 澳門外科學會

## MACAU SURGERY ASSOCIATION

### 入會申請表 APPLICATION FORM

中文姓名：\_\_\_\_\_ 英文姓名：\_\_\_\_\_  
Name in Chinese Name in English

性別：\_\_\_\_\_ 國籍：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_  
Sex Nationality Date of birth ( year / month / day )

出生地點：\_\_\_\_\_ 證件類別：\_\_\_\_\_ 證件號碼：\_\_\_\_\_  
Place of birth ID Type ID No.

中文地址：\_\_\_\_\_  
Address in Chinese

葡/英文地址：\_\_\_\_\_  
Address in Portuguese / English

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：\_\_\_\_\_ 執照號：\_\_\_\_\_  
Company Name License No.:

職級：\_\_\_\_\_ 個人專長：\_\_\_\_\_  
Position Personal skill

工作部門電話：(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
Office Tel. No.

手提電話：(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
Mobile Phone No.

電郵地址：(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
E-mail.

申請入會日期：\_\_\_\_\_ 介紹人：\_\_\_\_\_  
Entry Date ( year / month / day ) Introducer

本人現在申請成為澳門外科學會會員，並願遵守會章。  
I am now applying to become a member of the Macao Surgical Association and I am willing to abide by the articles of association.

同意 Agree  不同意 Disagree

此欄由本會填寫 For Official Use

會員編號：\_\_\_\_\_

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

#### 入會要求：

- 申請入會時須要一名本屆的澳門外科學會會長或理監事成員作為舉薦人。
- 功能會員(醫生)的入會費為澳門幣700元，成為永久會員。
- 非功能會員(護士等)的入會費澳門幣350元，成為永久會員。
- 入會費請轉賬入“澳門外科學會”的澳門中國銀行賬號：1823-0120-0039-630，並在交易附註申請人的姓名及流動電話號碼，將“交易成功”的畫面截圖保留。入會費的到帳以學會的銀行月結單到帳為準。
- 申請人將已填好的全數碼入會申請表PDF電子檔(2024年4月ver.07修訂版，不接受舊版本的入會申請表、照片或被修改變格式的電子檔)、個人清晰的頭像數碼照片及“交易成功”的截圖(個人照片和截圖接受JPEG、BMP或PNG格式)電郵至本會郵箱macaosurgery@gmail.com。