**【私協會員代表推派名單】**

感謝 貴院加入本協會之會員。雖然我們已將您的基本資料建檔，茲為求資料更為正確，**於每年做一次更新會員醫院代表相關資料**，煩請撥冗填寫下表並回傳協會，俾便本會更新舊有資料庫。以利協會各種聯絡(開會通知、重要訊息)並方便日後隨時寄上相關資料及舉辦之研討會訊息，以保障您的權益。敬請各位團體會員**依據貴院機構層級**(譬如**醫學中心可有5位會員代表、區域醫院可有4位會員代表…以此類推**)並請書寫或清楚，謝謝您！

**To：**私協 章婉怡 秘書、吳芃萱 秘書 **TEL：(02)2514-0113**

**FAX：(02)2514-0114 E-mail：nhca@ms16.hinet.net**

煩請轉交相關單位填寫，填妥後請傳真或e-mail至協會，謝謝

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機構名稱： | | | | |
| 院長姓名： | | | | |
| 機構聯絡人： （此表填寫人） | | | | 職稱: |
| 機構聯絡電話： | | 分機: | | 傳真： |
| 機構電子郵件信箱： | | | | |
| 機構聯絡地址： | | | | |
| 機構層級：□醫學中心(5) □區域醫院(4) □地區綜合醫院(3) | | | | |
| □地區專科醫院(2) □基層醫療院所(1) | | | | |
| **❖會員代表基本資料（如有秘書聯絡資料請協助填寫）** | | | | |
| ➊會員代表姓名： | | | 職稱： | |
| 聯絡電話： | 分機： | | E-mail： | |
| 秘書：(姓名/職稱/電話/E-mail) | | | | |
| ➋會員代表姓名： | | | 職稱： | |
| 聯絡電話： | 分機： | | E-mail： | |
| 秘書：(姓名/職稱/電話/E-mail) | | | | |
| ➌會員代表姓名： | | | 職稱： | |
| 聯絡電話： | 分機： | | E-mail： | |
| 秘書：(姓名/職稱/電話/E-mail) | | | | |
| ➍會員代表姓名： | | | 職稱： | |
| 聯絡電話： | 分機： | | E-mail： | |
| 秘書：(姓名/職稱/電話/E-mail) | | | | |
| ➎會員代表姓名： | | | 職稱： | |
| 聯絡電話： | 分機： | | E-mail： | |
| 秘書：(姓名/職稱/電話/E-mail) | | | | |