社團法人中華民國心臟衰竭照護學會 公開徵求招募會員

主旨：內政部核准立案「社團法人中華民國心臟衰竭照護學會」社會團體，茲公開徵求會員。

公告事項：

一、社會團體宗旨：本會為依法設立、非以營利為目的之公益性社會團體，以推廣心臟衰竭跨專業整合性之照護理念，銜接台灣心臟衰竭急性與長期照護，提升心臟衰竭照護品質為宗旨。

二、入會資格：

(一) 個人會員：凡贊同本會宗旨、具有醫療照護相關之專業執照或中華民國衛生福利部頒發之各專業醫事職類證照者，填具入會申請書，並檢附下列證明文件，經理監事會審查通過，並繳納會費後，為個人會員。入會費新臺幣 500 元，於會員入會時繳納；常年會費新臺幣 500 元，於第一年起逐年繳納。

(二) 贊助會員：凡贊同本會宗旨且贊助本會經費、資源之個人或團體，填具入會申請書，經理事會審查通過後，為贊助會員。

三、入會審查條件：

(一) 申請者須完成健保署認證之心臟衰竭急性後期照護計畫課程，並檢附完訓證明；或是完整參加過本學會所舉辦之課程 9 小時(含)以上(其中一堂必須為多職類照護之實體課程)，並取得完整上課證明者

(二) 申請者須任職於取得健保署核定並實際執行心衰竭急性後期照護計畫或通過醫策會心臟衰竭疾病照護認證之機構，並檢附證明。(註:以健保署公告急性後期照護團隊及參與院所名單或醫策會公告認證通過名單為主)

(三) 申請者須填妥本會專屬之入會申請表，並具所任職機構之心臟衰竭照護團隊負責人或單位主管推薦信或二位本會個人會員之推薦信，以證明執業內容與心臟衰竭照護相關，並經理事會通過者。

四、匯款資訊：

↓收款帳號 QR Code

銀行：合作金庫銀行 臺大分行 (006)　帳號：1346717036465

戶名：社團法人中華民國心臟衰竭照護學會

★匯款者請提供收據【備註姓名、匯款時間、匯款金額、匯出帳號末 5 碼】以電子郵件寄至學會信箱：tsohftw@gmail.com ，或請於匯款完成後填覆表單：https://forms.gle/1RrQHEkc7Cg85cSeA，以利對帳，謝謝。

五、聯絡方式：

學會地址：100 台北市中正區常德街 1 號

學會電話：0965-729-236

電子信箱：tsohftw@gmail.com

六、入會申請表格如附：

理事長：李啓明

社團法人中華民國心臟衰竭照護學會

個人會員　入會申請表

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

姓名 (親自簽名或蓋章)	
出生年月日	**中華民國_____年_____月_____日**
國民身分證或 居留證統一編號	
專業醫事職類證照字號	
性　　別	□男　□女
最高學歷	□國小　□國中　□高中　□二專/五專 □大學/二技　　□碩士　□博士
	畢業學校： 科系（所）：
現　　職	服務單位：
	職　　稱：
聯絡地址	市縣　　鄉鎮市區　　村里　　街　　路　　段 巷　　弄　　號　　樓之　　室
聯絡方式	室內電話： 傳　　真： 行動電話： 電子信箱：
請檢附下列證明文件	（一）　專業醫事職類證照數位掃描檔。 （二）　心臟衰竭急性後期照護計畫課程完訓證明；或是完整參加過本學會所舉辦之課程 9 小時(含)以上(其中一堂必須為多職類照護之實體課程)之完整上課證明。 （三）　所任職機構之心臟衰竭照護計畫認可證明或通過醫策會心臟衰竭疾病照護認證證明 （四）　任職機構之心臟衰竭照護團隊負責人或單位主管推薦信或二位本會個人會員之推薦信

註：

1. **入會申請書若為紙本寄出，請附上述證明文件影本。**
2. **接獲理監事會審查通過入會資格之通知後，完成入會費繳納，始得成為個人會員。入會費新臺幣 500 元；常年會費新臺幣 500 元。**

112.12.24 修訂版

社團法人中華民國心臟衰竭照護學會

申請入會會員推薦信

_____先生／小姐任職於本機構_____（機構名稱）所屬心臟衰竭照護團隊，因認同中華民國心臟衰竭照護學會以推廣心臟衰竭跨專業整合性之照護理念，銜接台灣心臟衰竭急性與長期照護，提升心臟衰竭照護品質之宗旨，並於心臟衰竭照護團隊中實際執行心臟衰竭照護相關工作，因此本人推薦其申請加入學會會員。

推薦人(親自簽名或蓋章)：

_____

日期：中華民國_____年_____月_____日