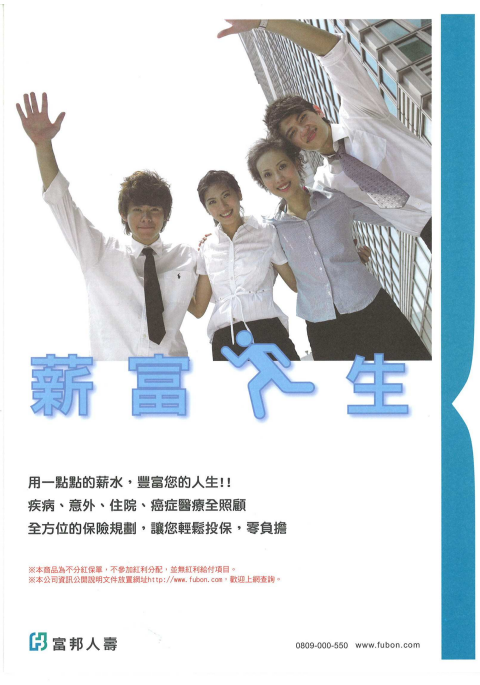
財團法人杏陵醫學基金會『通訊之友』加入表

請填寫下列資料：

會　員　基　本　資　料		
姓名：	性別：□男　□女	婚姻：□未婚　□已婚
年齡：□20 歲以下　□20~29 歲　□30~39 歲　□40~49 歲　□50 歲以上		
連絡電話：　　(請填寫平日白天可以連絡的電話)		
通訊地址：		

請勾選下列選項：

□ 我要參加財團法人杏陵醫學基金會『通訊之友』。

□ 我要參加財團法人杏陵醫學基金會『通訊之友』加入表，並想了解會員專屬的保險專案，請寄 DM 給我參考。

●會員專屬保險專案