



社團法人中華無菌製劑協會

地址：台北市大同區承德路一段 35 號 3 樓

電話：(02)2550-9301 E-mail：pdadc@ms17.hinet.net

傳真：(02)2555-4707 網 站：www.pdadc.org.tw

團體入會申請書

入會日期：_____ 會員年度：_____年 1 月 1 日～12 月 31 日

團體會費：入會費新台幣**壹萬伍仟元**，年費**柒仟元**。可推派五名代表。

※會員會費是不能退費也不能移轉他用

戶 名：社團法人中華無菌製劑協會
收匯行：兆豐國際商業銀行 大同分行 (017)
匯款帳號：043-09-05233-8

匯款日期：_____

匯款人：_____

- 請將表格填妥簽名後郵寄至台北市承德路一段 35 號 3 樓中華無菌製劑協會收或傳真：(02)2555-4707 或 E-mail 至 pdadc@ms17.hinet.net
- 請以正楷字體端正填寫，資料保存與使用依「個人資料保護法」規定辦理。
- 會員聯絡方式若有更改，請主動向協會更新

Member Profile: The following information will be used to help PDA develop programs and resources appropriate for your professional needs.

1. 工作屬性(單選) Business Environment(Check only one)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 學術界
Academic | <input type="checkbox"/> 顧問類 Consultant
Consultant | <input type="checkbox"/> 工程和建築類
Engineering and Construction |
| <input type="checkbox"/> 臨床試驗政府法規
Government Regulatory Agency | <input type="checkbox"/> 工業界供應商
Industry Supplier | <input type="checkbox"/> 醫療器材製造商
Medical Device Manufacturing |
| <input type="checkbox"/> 製藥工業製造商
Pharmaceutical Manufacturing | <input type="checkbox"/> 藥房
Pharmacy | <input type="checkbox"/> 其他
Other(Specify_____) |

2. 專業範圍(可多選) Professional Interest (Check all that apply)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 氣化噴霧劑
Aerosols | <input type="checkbox"/> 化學分析
Analytical Chemistry | <input type="checkbox"/> 生物
Biologicals |
| <input type="checkbox"/> 生技
Biotechnology | <input type="checkbox"/> 電腦
Computer | <input type="checkbox"/> 工程
Engineering |
| <input type="checkbox"/> 配方開發
Formulation Development | <input type="checkbox"/> GMP 法規/查核業務
GMP Compliance/Inspection Trends | |
| <input type="checkbox"/> 液劑
Liquids | <input type="checkbox"/> 維護
Maintenance | <input type="checkbox"/> 製造/產品
Manufacturing/Production |
| <input type="checkbox"/> 軟膏
Ointments | <input type="checkbox"/> 眼用劑型
Ophthalmics | <input type="checkbox"/> 包裝
Packaging |
| <input type="checkbox"/> 無菌製劑
Parenterals | <input type="checkbox"/> 品質保證/品質控制
Quality Assurance/Quality Control | |
| <input type="checkbox"/> 法規事務
Regulatory Affairs | <input type="checkbox"/> 研究
Research | <input type="checkbox"/> 固體劑型
Solid Dosage Forms |
| <input type="checkbox"/> 滅菌/無菌作業
Sterilization/Aseptic Processing | <input type="checkbox"/> 訓練
Training | <input type="checkbox"/> 確效驗證
Validation |

為符合「個人資料保護法」之相關規定，茲同意協會將入會申請書上所載會員資料，作為協會執行相關業務必要範圍內蒐集、處理及利用。

此致

社團法人中華無菌製劑協會

申請人簽名：_____
中華民國 年 月 日

以下免填，由協會填寫

審查結果	經 年 月 日第 屆第 次理事會審查：	會員編號
	<input type="checkbox"/> 同意入會 <input type="checkbox"/> 歉難同意	

公司名稱			
負責人		成立日期	
業務項目		統一編號	
會費聯絡人	姓名：	TEL: ()	#
	Email:		
會員代表一	姓名		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.
	職稱		
	地址	□□□	
	TEL	() #	FAX ()
	E-mail		
會員代表二	姓名		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.
	職稱		
	地址	□□□	
	TEL	() #	FAX ()
	E-mail		
會員代表三	姓名		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.
	職稱		
	地址	□□□	
	TEL	() #	FAX ()
	E-mail		
會員代表四	姓名		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.
	職稱		
	地址	□□□	
	TEL	() #	FAX ()
	E-mail		
會員代表五	姓名		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.
	職稱		
	地址	□□□	
	TEL	() #	FAX ()
	E-mail		