

台中市中醫師公會會員入會申請書

姓	名			
出生年月日	年	月	日	
身分證字號				
執業別		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
服務院所		院所電話	()	
院所地址	□□□-□□ 市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
通訊電話		★行動電話		
通訊地址	□□□-□□ 市/縣 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
★E-mail	111.2月後入會者，中醫會刊以mail電子檔案供下載			
資格	畢業學校		畢業科系	
	修業年限	()大字第 號 年 月 日		
證書	中醫師證書	台中字第 號 年 月 日發給		
	考試院及格證書字號	()專高中字第 號 年 月 日		
入會日期	年 月 日 中市中醫會字第 號			
<p>茲申請加入 貴會為會員，凡醫師法令、規章暨會中一切章程、規定及決議等，均願切實遵守。此致台中市中醫師公會</p> <p style="text-align: right;">申請人：_____ (簽章) </p> <p>中華民國 年 月 日</p>				