

# 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			
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) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span></p> <p style="text-align: center;">中 華 民 國 年 月 日</p>			