

# 台中市中醫師公會 會員退會證明書

中醫會退字第

號

姓名			
出生年月日	民國	年	月 日
身分證字號			
出生地		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
執業別	<input type="checkbox"/> 開業醫師 <input type="checkbox"/> 執業醫師		
執業期間	自民國	年	月至民國 年 月
院所名稱			
院所地址			
退會原因	<input type="checkbox"/> 遷移 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他_____		
遷往縣市			

上開會員已向本會辦理退會手續並繳銷會員證書此證

此 證

中華民國 年 月 日