

臺灣醫學會

加入會員申請書

姓名：	性別：	年齡：	籍貫： 省 縣(市)
戶籍地址：	縣 鄉 村 街 巷 樓	鎮 段 號	市 區 里 路 弄 室
通訊地址：			電話：
服務單位：			電話：
畢業學校：			
過去經歷			
現任職務			
自己開業者填其醫院名稱			E-Mail:
介紹人署名蓋章 (本會會員)	姓名：	簽章	現職：
	姓名：	簽章	現職：
備 註	英文姓名：		身份證號碼：
	醫師證書號碼：		出生年月日：
<p>茲贊同 貴會宗旨擬加入為會員嗣後並願遵守會章共圖發展懇祈照准為盼此致 臺灣醫學會理事長 吳明賢 先生勛鑒</p> <p style="text-align: right;">申請人署名蓋章：</p> <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p>			

- 附註：1. 此申請書代替會員名冊之用，請以原子筆或鋼筆正楷填寫之。
 2. 通訊地址如有變更時請隨時通知本會以免失其聯絡。
 3. 應檢具畢業證書及醫師證書資格影印文件各乙份。
 4. 若為中醫系畢業者請另附在職證明文件乙份。

本會會址：台北市 100 中正區常德街 1 號台大醫院景福館 3 樓

聯絡電話：(02) 2381-0367、2382-1783、2331-0558

傳真電話：(02) 2389-6716

本會網址：<http://www.fma.org.tw>

電子信箱：klm@fma.org.tw