|  |
| --- |
| □ 醫師 □非醫師 會員證號碼： |
| 姓名 | 中 文 |  | 出生年月日 | 民國 年 月 日 |
| 英 文 |  | 身分證字號 |  |
| E-mail |  |
| 通訊方式 | 服務地點 | 郵遞區號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1233 33 3 |
| 住宅 | 郵遞區號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1233 33 3 |
| 聯絡電話 | 手機:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 家用電話:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | 辦公室:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分機 \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 學 歷 |  | 民國 年 月畢業 |
| 經 歷 |  民國 年 月~ 年 月 |
| 民國 年 月~ 年 月 |
| 現 職 |  醫院 科職稱 民國 年 月起至今 |
| 介 紹 人 | 姓 名 | 簽 章 | 現 職 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 證 件 | 畢業證書 | 字 | 號 |
| 及專業證書（考試院合格證書） | 字 | 號 |
| 審查結果 |  |
| 填表人簽名: 中華民國 年 月 日 |