

台灣中醫美容醫學會 會員入會申請表

| | | | |
|---|-----------------|--|------------|
| 姓名： | | <input type="checkbox"/> 開業中 <input type="checkbox"/> 執業中 (勾選) | |
| 生日： | 年 月 日 | 性別： | 手機： |
| 身分證字號： | | 聯絡市話： | |
| 通訊地址： | | | |
| 傳真： | | | |
| E-MAIL： | | | |
| 中醫相關之最高學歷： | | | |
| 中醫相關之經歷： | | | |
| 現服務院所： | | | |
| 中醫證書 | 台中字第 | 號 | 年 考及格 |
| 茲贊同 貴會宗旨，擬加入為會員。 此 致 台灣中醫美容學會 申請人簽名或蓋章：_____ | | | |
| 中 華 民 國 年 月 日 | | | |

限俱中華民國中醫師身分者加入。

請將入會申請表(務必簽名)影印郵寄、E-MAIL傳回

聯絡地址:420台中市豐原區豐原大道三段225號4樓之5

電話:0910-039-351

E-Mail: tscmctw@gmail.com

Line ID : a0910039351 ; FB粉絲專業：台灣中醫美容醫學會

入會費NT4000元，常年會費NT2000元

匯款資訊：006合作金庫 大同分行 戶名：台灣中醫美容醫學會

帳號：5126-717-620021