台灣中醫美容醫學會專科醫師甄審申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 中文 |  | 性別 |  | 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 中醫︵︶ 醫學會 | □會 員(證號 ) |
| 英文 |  | 出生 | 民國　　年　　月　　日 | □準會員(證號 ) |
| 籍貫 |  | 電話 | ( ) | □非會員 |
| 地址 | 通訊 | □□□ |  | ︵二張浮貼背書姓名︶ | 照片三張 | 正面脫帽半身 | 最近一年內二吋 |  |
| 永久 | □□□ |
| 中醫師證書： | 　台中字第　　　　　　號 | 執業執照: | （　）衛醫執字第　　　　號 |
| 電子信箱號碼 |  |
| 經歷 |  |  |  |  |  |  |  | 專任□ 兼任□ |
|  |  |  |  |  |  |  | 專任□ 兼任□ |
| 現職 |  |  |  |  |  |  |  | 專任□ 兼任□ |
|  |  |  |  |  |  |  | 專任□ 兼任□ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 綜合以上資料本人符合專科醫師甄審原則第　條　第　款，敬請惠予審核。　申請人：　　　　（簽名蓋章） |
| （雙線下請勿填寫） | 審核結果 |
| １.證件：已齊全　□　　未齊全　□ | 日期 | ：　　　年　　月　　日 |
| 2.條件：已符合　□ 未符合 □  | 專科醫師證書字號 | ： |
| 審核者: 秘書長: 理事長: | 簽證日期 | ：　　　年　　月　　日 |