

# 台北市中醫師公會入會申請書

院北市中醫( )總證字第 號

姓名		性別	男·女	身份證 統編	
診所 名稱	中醫診所			出生 年月日	年 月 日
診所 地址	台北市 區 路(街)			電話	
	段 巷 弄 號 樓之			傳真	
通訊 地址	<input type="checkbox"/> 同診所地址			手機	
	<input type="checkbox"/> 市(縣) 區 路(街)			LINE ID	
	段 巷 弄 號 樓之			E-mail	
畢業 學校	中國·長庚·義守/中醫系·學士後			原屬 公會	中醫師公會
中醫師 證書	字號	台中字第 號		頒發 日期	年 月 日
考試及 格證書	字號	( ) 字第 號		頒發 日期	年 月 日
相片浮貼處		理事 長批 示	理事 會審 核	承辦 人簽 辦	

敬啟者：今遵

貴會章程願依法加入 貴會為會員，凡會中一切章程決議案，以及根據章程所規定之規則，自當遵守如有違背，願受嚴厲之制裁，務乞早日准予入會是為至禱！

此 致

台北市中醫師公會

申請人  
簽 章



中華民國 年 月 日