

臺中市大臺中中醫師公會入會申請書

會籍編號：

姓 名		性別		生日	年 月 日	出生地	省(市) 縣(市)
身 分 證 字 號		中 醫 師 證 書 字 號	台 中 字 第	號	執 業 類 別	☐ 開業 ☐ 執業	
學 歷	大 學			原 隸 屬 公 會			
	☐ 中醫系 ☐ 學士後 ☐ 特考						
執 業 院 所	中 醫 診 所 醫 院			電 話	()		
院 所 地 址							
通 訊 地 址							
行 動 電 話				電 子 信 箱			
審 查 結 果	案經本會第_____屆第_____次理監事聯席會議審查通過，准予入會。						
申請人：_____（簽章）							
中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日							



臺中市大臺中中醫師公會

420 臺中市豐原區圓環東路 703 號 2F
TEL：04-25282490 | FAX：04-25282491

黏 貼 照
處 片