

# 高雄市中醫師公會會員入會申請書

申請日期： 年 月 日

姓名		性別		生日		年 月 日	貼相片處		
身分證字號	出生地：								
畢業學校：									
畢業學系：( )特考 ( )中醫單修 ( )中醫雙修 ( )學士後中醫系									
mail：									
執業別： <input type="checkbox"/> 開業醫師 <input type="checkbox"/> 執業醫師 <input type="checkbox"/> 健保代碼： <input type="checkbox"/> 無健保									
院所名稱：									
院所電話：				傳 真：					
執業院所地址	高雄市 區			路	段	巷	弄 號 樓		
自訓院所名稱				代訓院所名稱					
自訓：	年	月至	年	月止	代訓：	年	月至	年	月止
通訊地址：									
聯絡電話：				手 機：					
考試證書：	( )	字第	號	證書日期	年	月	日		
中醫師證書：	台	中	字	第	號	證書日期	年	月	日
會員證書：	( )	高市中醫証	字第	號	入會日期	年	月	日	
<p>茲依法申請加入 貴會為會員，凡醫師法令、規章暨會中一切章程、規定及決議等，均願切實遵守，如有違背，願受嚴厲之制裁，敬請惠准入會為荷。</p> <p style="text-align: center;">此致</p> <p style="text-align: center;">高 雄 市 中 醫 師 公 會</p> <p>申請人： (簽章)</p> <p>受託人： 連絡電話：</p>									

高雄市中醫師公會 電話：07-5525851~2 傳真：07-5542901