

台灣基層中醫師協會 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： |
| 通訊處： | | | |
| 連絡電話： | | | |
| 傳真： | | | |
| E-MAIL： | | | |
| 中醫相關之最高學歷： | | | |
| 中醫相關之經歷： | | | |
| 現職： | | | |
| 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 | | | |
| 台灣基層中醫師協會 | | | |
| 申請人簽名或蓋章：_____ | | | |
| 中 華 民 國 年 月 日 | | | |

限俱台灣中醫師身分者加入。歡迎第一年加入免收入會費及常年會費。

請將入會申請表(務必簽名)影印郵寄、傳真、E-MAIL

或智慧手機拍照用WHATS APP 傳送影像到0939-106-700。

捐款帳戶：合作金庫銀行 大橋分行 帳號5126717618728 銀行代碼006

電匯請指名：【台灣基層中醫師協會】請署名○○○醫師 並來電確認

會址：103 台北市大同區民權西路149號4樓

電話：02-2597-9669 傳真：02-2594-7116

E-Mail: afcmdt@gmail.com 聯絡人：李小姐

協會網址：<http://www.afcmdt.org.tw>