

中山醫學大學牙醫學系台北市校友會

理事、監事參選報名表 (*：為必填或必選項目。)

*姓名		*民國__年畢業或 第__屆	*行動	
*診所名稱		傳真	*電話	
*執業地址	縣/市	市/鄉/鎮/區	道路/街	段 巷 弄 號 樓
學經歷	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
*參選項目				
<input type="checkbox"/> 理事 <input type="checkbox"/>監事				
參選者親筆簽名：		中華民國 113 年 月 日		
說明	1.符合中山醫學大學牙醫學系台北市校友會有效會員者(繳交常年會費)。			
	2.依本會章程置理事 15 名監事 5 名，由會員以無記名連記法直接選舉。			
審核結果：				