

中山醫學大學牙醫學系台北市校友會入會申請書

提供相關證件證明： _____ 畢業證書 台北市身分證戶籍登記 _____ 縣、市、區衛生主管機關核發牙醫師執業執照

姓名		性別		生日	民國 年 月 日	出生地		身分證 統一編號	
學歷				經歷			現職		
戶籍 住址	縣/市 里 鄰			市/鄉/鎮/區 巷 弄 號 樓		路/街 段 郵遞區號:	電話		
<input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 執業	診所 名稱			地址	郵遞區號:				
電子信 箱				電話			傳真	手機	
申請人： (簽章) 中華民國 年 月 日									
審查結 果	____年__月__日法制審查： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，原因：_____ ____年__月__日理事會議： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：_____ ____年__月__日繳納入會費：____ <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票，單據號碼：_____ ____年__月__日年度會費：____ <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票，單據號碼：_____ ____年__月__日捐款：____ <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票，單據號碼：_____					<input type="checkbox"/> 戶籍且執業會員 <input type="checkbox"/> 戶籍但外執業會員 <input type="checkbox"/> 執業但非戶籍會員 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 贊助會員 <input type="checkbox"/> 榮譽會員		會員 證 號 碼	

連絡電話：0910-720668

電子信箱：tpcsd2022@gmail.com