

# 中華民國傳統醫學會會員入會申請書

申請日期： 年 月 日

姓名	(中文) 先生	出生年月日	年 月 日
	(英文) (小姐)	身份證字號	
戶籍地		出生地	縣市
通訊地址		電話	
		E - m a i l	
學歷		醫師類別	<input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 醫師
經歷		執業院所	
		職稱	
審查意見		醫師證書字號	
		會員證書字號	

- 請填妥入會申請書後，附上醫師證書影本一份，以郵寄或傳真方式送達本會；會費請利用郵政劃撥繳交。
- 入會費：壹仟元            常年會費：一年壹仟貳佰元
- 會 址：台北市中山區錦州街 171 號 1 樓
- 郵政劃撥帳號：19121467
- 戶 名：中華民國傳統醫學會
- 電 話：(02) 2563-2582 / 傳 真：(02) 2571-9909
- \*會員一次繳納會費貳萬元，得成為本會永久會員，終身免繳會費。