

中華民國心臟麻醉醫學會 入會申請書

結 審 果 查	類 會 別 員	<input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 準會員 <input type="checkbox"/> 榮譽會員	編 會 號 員	通 訊 地 址			現 職	學 歷	姓 英 名 文	姓 名
				電 子 郵 件： 郵 件 寄 處： 任 職 醫 院：	職 稱	日 出 期 生	籍 貫	性 別		
中華民國 年 月 日 申請人署名蓋章：				聯 絡 電 話			證 其 書 他 編 專 號 科	證 麻 書 醉 編 專 號 科	編 醫 號 師 證 證 書 書	號 身 碼 分 證
				(M)	(H)	(O)	(請附證件影印本，A4大小)	(請附證件影印本，A4大小)	(請附證件影印本，A4大小)	(請附證件影印本)

附註：1. 請繳交照片兩張(2吋大頭照)

2. 請將資料表格和所附資料寄至 406 台中市育德路1號中國醫藥大學附設醫院麻醉部 學會收

聯絡電話：(04) 22052121 * 3562 鄭淑妃小姐