

中華民國中西結合神經醫學會入會申請書

申請日期： 年 月 日

姓 名	中文：	出生年月日	年 月 日
	英文：	身份證字號	
戶籍地址	□□□-□□		
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	E-Mail	
	<input type="checkbox"/> 另列：		
電 話	(O)	傳 真	
	(H)	手 機	
學 歷		醫 師 類 別	<input type="checkbox"/> 西醫—專科別： <input type="checkbox"/> 中醫 <input type="checkbox"/> 牙醫
經 歷		執業院所	
		職 稱	
審 查 結 果		醫師證號	
		會員證號	(本會填寫)

說明：

1. 本會經內政部內社字第 0930010746 號核准成立。本會之宗旨為「匯通中西醫學，加強神經醫學相關研究增進人類健康」。
2. 凡贊同本會宗旨，具有醫師資格者，皆可申請加入為本會會員。本會入會費 2000 元，年費 1200 元（一次繳納 10 年會費，得為本會永久會員，終身免再繳年費）。
3. 有意加入者，請檢具入會申請書、醫師證書影本（正反面皆要），個人相片 1 張、及繳費單據影本。**繳費方式—★郵局劃撥—帳號：19876446**
★華南銀行公館分行—帳號：118-10-011411-8
★戶名：中華民國中西結合神經醫學會
5. 秘書處地址：11242 台北市北投區奇岩路 195 巷 5 號 3 樓
 電話：02-2892-7701 傳真：02-2892-7701 E-Mail: kirifen@yahoo.com.tw
 聯絡人：陳燕芬小姐