



中華民國口腔顎顏面放射線學會

入會申請表

中文姓名		英文姓名		請浮貼二吋脫帽照片二張
出生年月日	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身份證字號		證書字號	牙醫師,證書字號_____	
			放射師,證書字號_____	
聯絡電話		傳真		
行動電話		電子信箱		
通訊地址				
學歷	1.			
	2.			
經歷	1.			
	2.			
	3.			
學術專長	1.	2.	3.	
會員類別	<input type="checkbox"/> 一般會員 <input type="checkbox"/> 永久會員 <input type="checkbox"/> 學生會員			
申請日期	民國 年 月 日	申請人簽章		
審查意見	<input type="checkbox"/> 合乎成為_____會員入會資格 <input type="checkbox"/> 不合乎入會資格。待補證件：_____			
	主任委員：_____ 理事長：_____			
備註	備註：請附學經歷影印本與申請書以掛號寄至高雄市三民區自由一路100號 <u>中華民國口腔顎顏面放射線學會收</u> 聯絡電話：(07)3121101 轉 7125			