

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	☐ 同戶籍地址	E-Mail	
	☐ 另列：		
電 話	(O)	傳 真	
	(H)	手 機	
學 歷		醫 師	☐ 西醫—專科別：
		類 別	☐ 中醫 ☐ 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。
一般會員：入會費 2,000 元，年費 1,200 元
永久會員：入會費 2,000 元，年費 12,000 元
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—華南銀行(008)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
4. 聯絡人：陳燕芬小姐 電話：0936-104717, 02-28927701 E-Mail: kirifen@yahoo.com.tw