**澳台港中醫師聯合促進會**

**（中國•澳門政府核准非牟利專業醫生團體）**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **痺病(症)研究專業委員會**

 **入會申請書**

**（申請編號:澳台港中醫師聯合促進會痺病(症)研究專業委員會第 號(本欄由本會填寫)**

**本人姓名 ,性別:為 ( ) 男( )女,出生: 年 月**

**日,籍貫\_\_\_\_\_\_\_,身份証字號(或護照號碼):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,職稱:**

**,具有 執照,為 (中醫藥/醫科)大學/碩士/博士畢業生,**

**本人執醫已逹 年,電話 ,郵件通訊E-mail:**

 **,通訊地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_今贊同貴會之**

**宗旨,并願絶對遵守該會之章程,及加入痺病(症)研究專業委員會,今**

**特此申請加入痺病(症)研究專業委員會之會員(委員),敬請批核為荷。**

謹 致

 **澳台港中醫師聯合促進會**

 **痺病(症)研究專業委員會**

**貼照片處**

**年 月 日 申 請**