**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）**

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

**腦血管病變治療研究專業委員會**

**入會申請書**

**（申請編號:澳台港中醫師聯合促進會腦血管病變治療研究專業委員會第 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,及加入腦血管病變治療研究專業委員**

**會,今特此申請加入腦血管病變治療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**

**腦血管病變治療研究專業委員會**

**貼照片處**

**年 月 日 申 請**