**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( ),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**