

新竹市醫事檢驗師公會 入會申請書

姓 名*		身分證字號*	
出生年月日*	年 月 日	性別*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
通訊地址*			
連絡電話*			
電子信箱*			
執業單位	機關名稱*		
	地址*		
	連絡電話*		
執 業 科 別			
執 業 機 構 職 位			
考 試 院 及 格 證 書 字 號*	字 第 號		
發 給 日 期*	年 月 日		
醫 檢 師 證 書 字 號*	字 第 號		
發 給 日 期*	年 月 日		
最高學歷* (學校名稱)		證書字號	
		發給日期	年 月 日
經 歷			
應繳證件	1. 醫檢師證書影本 2. 考試及格證書影本 3. 身分證正反面影本 4. 畢業證書影本 5. 在職證明正本(核對完成後歸還)		
申 請 人 簽 名：	蓋 章：		
理事會審理			
申請日期	中 華 民 國 年 月 日		

註：「*」號為必填項目