

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