



中華民國醫學會 2000-3 區  
台灣醫學會

|                 |  |      |  |          |
|-----------------|--|------|--|----------|
| 姓名              |  |      |  | 浮貼 2 吋相片 |
| 英文名稱<br>(與護照相同) |  |      |  |          |
| 生日              |  |      |  |          |
| 身分證號            |  |      |  |          |
| 公司名稱            |  |      |  |          |
| 聯絡地址            |  |      |  |          |
| E-mail          |  |      |  |          |
| 公司電話            |  | 住家電話 |  |          |
| 聯絡電話            |  | 行動電話 |  |          |
| 傳真電話            |  | 行動電話 |  |          |
| 入會日期            |  | 介紹人  |  |          |
| 姓名              |  |      |  |          |
| 生日              |  |      |  |          |
| 父親姓名            |  | 生日   |  |          |
| 母親姓名            |  | 生日   |  |          |
| 子女姓名            |  | 生日   |  |          |
| 子女姓名            |  | 生日   |  |          |

※ 請填寫以上資料(英文護照名字務必填寫)，  
請附二吋相片 1 張繳至秘書處。謝謝！