



中華民國口腔雷射醫學會入會申請表

姓名	性別	年 出 月 日 生	護 照 英 文 姓 名	電 話	行 動 電 話	傳 真	電 子 信 箱	會 員 證 號	會 員 類 別	審 查 結 果	身 分 證 統 一 編 號
<p>備註：一、一般會員入會費 參仟元 整，年費 貳仟元 整。</p> <p>二、郵政劃撥帳號：19536718 戶名：中華民國口腔雷射醫學會</p> <p>三、秘書處：407 台中市西屯區朝富路213號16樓之1(A6) 電話 0966-709205 傳真 04-22549822</p> <p>*四、繳交資料：入會申請表、牙醫師證書影本、身份證影本，費用劃撥收據及2吋照片一張；以郵寄或傳真方式至本會秘書處 中華民國口腔雷射醫學會 秘書處收。</p> <p>伍、審查結果及會員證號碼由本會填寫</p>											
<p>申請人： _____</p> <p style="text-align: right;">(簽名)</p>											