



# 中華民國口腔雷射醫學會 入會申請表

會員編號： (由本會填寫)

* 中文姓名		* 身分證字號	
* 英文姓名		* 出生年月日	
* 聯絡地址			
* 聯絡電話		* 聯絡傳真	
* 行動電話		* 學歷	
* 電子郵件			
* 經歷		* 服務單位	
* 費用	一般會員 (牙醫師) : NT\$5,000 元 (入會費 : NT\$3,000 + 年費 : NT\$2,000)		
* 推薦人 1		* 推薦人 2	
* 申請人簽名		* 填表日期	

★請附身分證正反面及牙醫師證書影本

戶名：中華民國口腔雷射醫學會李文正	(1) 銀行：國泰世華(013) 中正分行 帳號：0490 3500 9671
	(2) 郵局劃撥帳號 19536718
身分證 正面	身分證 背面

◎綜合上述資料並檢附收據 Mail 或郵寄至中華民國口腔雷射醫學會 秘書處

- 連絡電話：04-22549917、0966-709205 傳真：04-22549822 LINE ID : tald0966709205
- e-mail : tald.s2000@gmail.com
- 地 址：407 台中市西屯區朝富路 213 號 16 樓之 1 (A6)