



# 台灣牙醫植體醫學會 入會申請表

會員編號：

★中文姓名		★身份證字號	
★英文姓名		★出生日(西元)	
★性別		★行動電話	★學歷
★聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
★聯絡電話		★聯絡傳真	
★電子郵件			
經 歷		服 務 單 位	
會費：一般會員（牙醫師）第1年NT\$6,000，第2年起NT\$4,000 （第1年：入會費NT\$2,000+常年會費NT\$4,000；第2年起只需繳常年會費NT\$4,000）			
推 薦 人 1		推 薦 人 2	
★申請人名 ★簽 名		★填表日期	

1. ★字記號欄請務必填寫。
2. 請附身份證正反面及牙醫師證書影本。
3. 聯絡方式：108台北市萬華區西園路二段300號8樓  
Tel：02-23076829 Fax：02-23076986 Mail：Judykung1368@gmail.com
4. 劃撥戶名：台灣牙醫植體醫學會；劃撥帳號：19965035