

新北市牙體技術師公會 會員入會(變更)申請書 NO. \_\_\_\_\_

中文姓名		英文姓名																			性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
出生日期：	年	月	日	身份證統一編號																	出生地	
聯絡地址	郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		脫帽照片四張			
聯絡電話	(O):																		(H):			
行動電話																			傳真:			
E-mail :																						
學歷	學校： _____ 科系所 畢業年度： _____ 年 學制：第 _____ 屆 <input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 在職班 <input type="checkbox"/> 在職專班 <input type="checkbox"/> 研究所 (第 _____ 期 _____ 年 _____ 月結訓) 學位： <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 160小時繼續教育																					
經歷證照	考試院考試及格證書：( )專 牙體字第 _____ 號																					
	行政院衛生署牙體技術師(生)證書：牙 字第 _____ 號																		從業年資： _____ 年			
身份證 (影本)	(正面黏貼)										(反面黏貼)											
服務機構															機構代碼	:						
開業執照	北府衛 字第: _____ 號				執業執照				北府衛 牙 執字: _____ 號													
機構地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
職務職銜	<input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 執業 職稱:										電話			傳真								

入會申請人:



(簽章) \_\_\_\_\_ 年 月 日

審查 結果		會員		會員		審核日期:	年	月	日
		類別		編號		發證日期:	年	月	日