

社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會

醫院整合醫學專科醫師證書展延換證申請表

基本資料

填表日期:中華民國

年

月

日

會員編號:			
中文姓名:		英文姓名:	
出生年月日:		身分證字號:	
服務機關			
服務單位		職稱	
戶籍地址	(請填寫郵遞區號)		
通訊地址	(請填寫郵遞區號)		
證書掛號 收件地址	☐ 同通訊地址		
手機號碼		聯絡電話	
E-mail	主要: 備用(非必要):		
證書字號	整合醫學醫證字第 號	證書效期	
教育積分			
常年會費			
新領證書有效日期為114.01.01-119.12.31, 不因展延換證而延長及延後下一張證書有效日期 ☐ 申請延遲一年換證 ☐ 申請換證(1.教育積分已達有效分數100分, 2.至113年常年會費已繳, 3.換證費用已繳) 申請人: (請親筆簽名)			

社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會 (02) 23123456 #266403

社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會	
教育積分	☐ 符合 ☐ 未符合
常年會費	☐ 已繳 ☐ 未繳 _____年 - _____年 (共 元)
換證費用	☐ 已繳 ☐ 未繳
☐ 符合換證資格 ☐ 未符合換證資格 ☐ 延遲一年換證 審核簽章:	