



中華民國口腔顎顏面放射線學會

入會申請表

中文姓名		英文姓名		請貼 脫帽 照片 檔
出生 年月日	民國 年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女	
身份證 字 號		證書字號	牙醫師,證書字號_____ 放射師,證書字號_____	
聯絡電話		傳 真		
行動電話		電子信箱		
通訊地址				
學 歷	1.			
	2.			
經 歷	1.			
	2.			
	3.			
學術專長	1.	2.	3.	
會員類別	☐ 一般會員 ☐ 永久會員 ☐ 學生會員			
申請日期	民國 年 月 日	申請人簽章		
審查意見	☐ 合乎成為____會員入會資格 ☐ 不合乎入會資格。待補證件： 主任委員：_____ 理事長：_____			
備 註	備註：請附學經歷與申請書寄至taomfr@gmail.com 或紙本掛號寄至807高雄市三民區自由一路100號高醫附院口腔病理科 <u>中華民國口腔顎顏面放射線學會收</u> 聯絡電話：(07)3121101轉5380 入會費：一般會員新台幣參仟元。 常年會費：一般會員新台幣壹仟伍佰元。永久會員：新台幣壹萬伍仟元。			