

台灣亞太美容外科醫學會

Asian Pacific Academy of Cosmetic Surgery – Taiwan Chapter

醫師入會申請表

<ul style="list-style-type: none">● ※中文姓名(與護照相同): _____ 性別: _____ 生日: _____年____月____日● ※英文全名(與護照相同): _____ 身份證字號: _____● ※通訊地址: _____● ※聯絡電話:(公) _____ (宅) _____● ※手機號碼: _____● ※Email: _____● 執業醫院名稱: _____ 科別: _____● (診所)地址: _____
<ul style="list-style-type: none">● 醫師證書證號: _____ 頒發日期: _____年____月____日● _____科專科醫師證號: _____ 頒發日期: _____年____月____日● _____醫學會醫師證號: _____ 頒發日期: _____年____月____日
<ul style="list-style-type: none">● 入會介紹人: 1. _____ (簽名或蓋章)● (二名會員介紹) 2. _____ (簽名或蓋章)

註: 1. 申請表請寄: 台灣亞太美容外科醫學會收 臺北市忠孝東路四段 183 號 12 樓之 2。

2. 請注意英文姓名填寫與護照相同之英文姓名, 以便英文證書製作。

3. 通訊地址請醫師填寫正確收件地址, 以便證書寄送、會訊及課程資訊通知等。

※ 之符號為必填項目



Asian Pacific Academy of Cosmetic Surgery - Taiwan Chapter

台灣亞太美容外科醫學會

親愛的_____醫師：

歡迎您加入台灣亞太美容外科醫學會，隨函附上申請表、基本資料、劃撥單，填妥後請寄回至本會，謝謝。

※入會應繳交之證明文件：

1. 畢業證書彩色影本
2. 醫師證書彩色影本
3. 專科證書彩色影本
4. 入會申請表（請詳細填寫並附上照片）
5. 劃撥收據影本
6. 照片 4 張（2 吋）
7. 身分證彩色影本（正反面）

※入會應繳納之費用明細：

1. 入會費：4,000 元
2. 年 費：5,500 元
3. 證書費：3,500 元

★五年年費:35000 元(含入會費、年費及證書費)

◎本會目前只招收五年會期之會員

- 匯款帳戶:台灣銀行 忠孝分行
- 戶 名:台灣亞太美容外科醫學會郝治華
- 帳 號: 053-00-1140-198
- 會 址: 臺北市忠孝東路四段 183 號 12 樓之 2
- 傳 真: (02)5557-5868
- 聯絡電話: (02)8771-4695 許秘書