社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會

專科醫師證書、會員證書補換發申請表

**填表日期：民國 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中文姓名 |  | | | | |
| 英文姓名 |  | | | | |
| 身分證字號 |  | | 出生年月日 | |  |
| 性別 | □男 □女 | | | | |
| 收件地址 |  | | | | |
| 現職 | 服務醫院 |  | | | |
| 科別 |  | | 職稱 |  |
| 補發證書  原因 | □遺失  □資料變更： (請附變更相關資料影本) | | | | |
| 聯絡電話 |  | | | | |
| 電子信箱 |  | | | | |
| 申請項目 | □專科醫師證書 □遺失補發(費用500元)  □更名換發(費用300元)，需寄回原證書 (100台北市中正區中山南路7號 臺灣醫院整合醫學醫學會收)  整合醫學醫證字第 號  有效期間：民國 年 月 日至民國 年 月 日止  □會員證書遺失補發(費用500元)  會員編號： | | | | |
| 繳費 | 合作金庫006 臺大分行  帳號：1346717036015  戶名：社團法人臺灣醫院整合醫學醫學會  1.轉帳帳戶後五碼：  2.如至銀行臨櫃匯款，請於匯款單備註申請人姓名 | | | | |