



(一般會員) 入會申請書

姓名	(中)		性別	1 吋照片	
	(英)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	民國	年	月		日
	身份證字號				
學歷					
經歷					
現職					
通訊處					
電話	(公)	(住)	(手)09		-
植體相關 之受訓名稱					
E-mail			Line ID		
介紹人 (會員醫師)	姓名:	簽章:	電話:		
身份證正面影本浮貼 (僅供提報內政部建檔所用不做他用)			身份證反面影本浮貼 (僅供提報內政部建檔所用不做他用)		
申請人:	簽章:	填表日期:	年	月	
審查結果	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格		審查人簽章:		

注意事項:

- 一. 申請附件: 1. 大學畢業證書(必要)。 2. 牙醫師證書影本(必要)。  
 3. 植體相關受訓之證明文件影本。 4. 入會費劃撥收據影本(必要)。  
 5. 是否完成 PGY 結訓? 是(提供影本) 否

※紙本證明單(證明書之姓名、主辦單位、印信需清晰)。

※行政院衛生署醫事人員繼續教育積分管理系統積分查詢文件  
 (文件可自行下載列印,但須親筆簽名蓋章並註明下載日期)。

- 二. 入會費 5,000 元,年費 3,000 元。 \*請於申請入會時至郵局劃撥。

※帳號:18668017 戶名:中華民國口腔植體學會

※請於劃撥單上清楚註明:姓名、連絡電話(手機)、聯絡地址、繳費年份等。

- 三. 學會電話:02-2742-1533 傳真:02-2742-1966

LINE ID: aoitline

E-MAIL: [aoit.dentalimplant@gmail.com](mailto:aoit.dentalimplant@gmail.com)

學會地址:105 台北市松山區南京東路五段 40 號 6 樓之 10