



一般會員 入會申請書

姓名	(中)		性別 □男 □女	1吋照片
	(英)			
出生日期	民國 年 月 日	身分證字號		
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:	
身分證正面影本浮貼 (僅供提報內政部建檔所用不做他用)		身分證反面影本浮貼 (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 日	
審查結果	□合格 □不合格_____		審查人簽章:	

注意事項:

- 申請附件：
 - 大學畢業證書(必要)。
 - 牙醫師證書影本(必要)。
 - 植體相關受訓之證明文件影本。
 - 入會費劃撥收據影本(必要)。

※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)。
- 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。
- 學會電話: 02-2742-1533 傳真: 02-2742-1966 E-MAIL: 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