**桃園市診所協會【個人】會員入會申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 醫師姓名 |  |
| 性別 |  |
| 出生年月日 |  |
| 籍貫 |  省(市) 縣(市) |
| 身分證號碼 |  |
| 學歷 |  |
| 經歷 |  |
| 執 業 診 所 |  |
| 負責人 | * **是 □ 否**
 |
| 執 業 住 址 |  |
| 執業電話 |  |
| 聯 絡 手 機 |  |
| 聯絡信箱 |  |
| 介紹人 |  |
|  LINE 平 台 | ID: 暱稱:  |
| 審查結果 |  |
| 會員類別 |  |
| 會員證號碼 |  |

申請人： （簽章）

中華民國　　　　　　年　　　　　　　月