

# 亞洲抗老化美容醫學醫學會

## ASIAN ACADEMY OF ANTI-AGING & AESTHETIC MEDICINE

### 醫師入會申請表

<ul style="list-style-type: none"><li>● ※姓名：_____ 性別：____ 生日：____年____月____日</li><li>● ※英文名子：_____身分證字號：_____</li><li>● ※通訊地址：_____</li><li>● ※聯絡電話：(公) _____ (宅) _____</li><li>● ※手機號碼：_____</li><li>● ※Email：_____</li><li>● 執業醫院名稱：_____科別：_____</li><li>● (診所)地址：_____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● 醫師證書證號：_____頒發日期：____年____月____日</li><li>● _____科專科醫師證號：_____頒發日期：____年____月____日</li><li>● _____科專科醫師證號：_____頒發日期：____年____月____日</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● 入會介紹人：1. _____ (簽名或蓋章)</li><li>● (二名會員介紹) 2. _____ (簽名或蓋章)</li></ul>

註：1. 申請表請寄：亞洲抗老化美容醫學醫學會收 臺北市忠孝東路四段 183 號 10 樓之 2

2. 請附畢業證書、醫師證書、專科證書、身分證(正反面)彩色影本和 2 吋照片 4 張

**※ 之符號為必填項目**

# 亞洲抗老化美容醫學醫學會

親愛的\_\_\_\_\_醫師：

歡迎您加入亞洲抗老化美容醫學醫學會，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. 基本資料卡(請詳細填寫並貼上照片)
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：3,500 元
2. 年 費：3,000 元
3. 證 書 費：2,000 元

共計：8,500 元整

★五年年費：18000 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：台灣企銀 忠孝分行
- 戶 名：台灣亞洲抗老化美容醫學醫學會郝治華
- 帳 號：100-12-0635-93
- 會 址：臺北市忠孝東路四段 183 號 10 樓之 2
- 傳 真：(02)5557-5868
- 聯 絡 電 話：(02)8771-0187 8771-4695