新北市牙醫師公會會員各類登記申請書

（變更前）

中華民國　　年　　月　　日

郵遞區號	縣　市	市　區 鄉　鎮	地　　址	姓　　名	性別	出 生 年月日	籍　貫	學　歷	牙醫師 證書號碼	診所或 醫院名稱	電　話	開業或 服務
												開業

申請事由：☐ 入會　☐ 退會　☐ 復會　☐ 停會

申請變更：☐ 診所地址　☐ 服務改開業　☐ 開業改服務　☐ 服務地點

（變更後）

郵遞區號	縣　市	市　區 鄉　鎮	地　　址	姓　　名	性別	出 生 年月日	籍　貫	學　歷	牙醫師 證書號碼	診所或 醫院名稱	電　話	開業或 服務

申 請 人 ：　　簽 章 ：

診所地址略圖

開業訪查要點：

1. 申請人在場
2. 招牌
3. 設備可供看診
4. 證件審核

附則：二週內訪查

訪查理監事簽章：

自行複印填表後至各地區負責醫師處簽章方可辦理各類登記

中華民國　　年　　月　　日