



澳門口腔醫學會

MACAU DENTAL ASSOCIATION

入會申請表

個人資料				
姓名:	外文:	性別:		
出生日期:	年	月	日	出生地點:
澳門身份証號碼:				
學歷				
大學畢業或以上				
專業/大學/大學後課程:				
學校	地點	學科/學系	年期	
1				
2				
3				
口腔醫學專業培訓:				
機構	地點	課程	年期	
1				
2				
其他				
現職				
機構:				
職稱:				
職務:				
聯絡				
郵遞地址:				
住宅電話:		診所電話:		
流動電話:		傳真:		
其他				
申請日期:	年	月	日	申請人簽署:
批覆(由理事會填寫)				
不同意	同意	加入成為會員		
備註:				
批覆日期:	年	月	日	理事長簽署:

P.S.1. 請在遞交申請表時一併遞交各項 關正明文件影印本,如身份證及學歷證書該等資料僅作入會審核及存檔之用

P.S.2. 填好後請傳真或電郵至本會