

附件三

臺灣醫療品質協會

第十一屆第三次醫品師檢定申請表

☐ 醫品師檢定

申請日期： 年 月 日

姓 名		會員編號		2 吋照片
出 生 民國年月日		性別	☐ 男 ☐ 女	
身分證字號				
聯絡方式	機構：() _____ 分機 _____ 手機： _____			
E-mail				
通訊地址	(*請填寫將來寄發考試通知資料時能確實收到信件的地址) ☐ ☐ ☐			
場次	☐ 北部場 ☐ 南部場			
甄 審 結 果 (將由考務人員填寫)				
資 格 審 查			筆 試	
☐ 甄審資料審核通過 ☐ 繳費資格通過			☐ 通過 ☐ 不通過	
國民身分證影印本 (正面) 檔案務須清晰			國民身分證影印本 (背面) 檔案務須清晰	
<u>匯 款 單</u> 合作金庫銀行(006) 國醫中心分行 戶名：臺灣醫療品質協會 帳號：5137-717-008221			ATM 轉帳請填寫以下資料： 匯款人： _____ 金額： _____ 日期： _____ 匯款帳號後五碼： _____	