

附件三

臺灣醫療品質協會

第十屆第二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吋照片黏貼處	
出生	年	月	日		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 北部場 <input type="checkbox"/> 南部場				
甄 審 結 果 (將由考務人員填寫)					
書面資格審查			筆試		
<input type="checkbox"/> 甄審資料審核通過 <input type="checkbox"/> 繳費資格通過			<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過		
國民身分證影印本黏貼處(正面) 影印本務須清晰 粘貼勿超出欄外			國民身分證影印本黏貼處(背面) 影印本務須清晰 粘貼勿超出欄外		
匯款單黏貼處(影本) 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： _____		