

臺灣醫療品質協會

第十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 | |
| 出生 | 年 | 月 | 日 |
| | | | |
| 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 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 | |
| 國民身分證影印本粘貼處(正面) 影印本務須清晰 粘貼勿超出欄外 | | 國民身分證影印本粘貼處(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： _____ | |