

香港中西醫結合醫學會

Application Form for Ordinary Member
一般會員申請表

Title 稱謂： Dr /CMP/Prof/Mr/Ms 醫生/中醫/教授/先生/女士	Name 英文姓名：				
		Surname 姓氏	Other Names 名	(Chinese Name 中文姓名)	
Sex 性別：		Date of Birth 出生日期：		ID/Passport No. 身份証/護照號碼：	
Correspondence Address 通訊地址：					
				Nationality 國籍：	
Office Tel 公司電話：			Fax 傳真：		
Mobile No 手機號碼：			Email 電郵地址：		
Institution 工作機構：			Employer 僱主：		
Occupation 職業：	Doctor 醫生 / CMP 中醫 / Nurse 護士 / Others 其他：				
Specialty 部門：			Job Title 職級：		
Professorial Qualification 專業資格： (Please attach brief curriculum vitae, if possible. 如有個人簡要履歷，可連同申請表一并提交。)				Year Obtained 領取年份：	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Signature of Applicant 申請人簽署：			Date 日期：		
Proposer 推薦人姓名： (Member or Fellow)					
(Name in Block Letters 英文大寫)			(Signature 簽名)		
Seconder 資詢人姓名： (Member or Fellow)					

(Name in Block Letters 英文大寫)

(Signature 簽名)

Annual Membership Fee 年費：HK\$300.00

Life Membership Fee 永久會員會費：HK\$1,500.00

- Please send a crossed cheque payable to **"HONG KONG ASSOCIATION FOR INTEGRATION OF CHINESE-WESTERN MEDICINE"** for the annual fee together with this completed application form to the address: Room 1901, Chung Kiu Comm. Building, 47-51 Shan Tung Street, Mongkok, Kowloon, Hong Kong.

請將申請表連同會員年費支票(抬頭：香港中西醫結合醫學會)一并寄回香港九龍旺角山東街 47-51 號中僑商業大廈 1901 室，香港中西醫結合醫學會收。

HKAIM/ORDY/200

HONG KONG ASSOCIATION FOR INTEGRATION OF CHINESE-WESTERN MEDICINE

香港中西醫結合醫學會

Ordinary Member 一般會員
Supplementary Sheet 附頁

<Optional Sheet>

Professional Qualification 專業資格：

(A) Academic and Educational Work 學術及教育工作簡介		Year 年份
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
(B) Patient Services 病人服務簡介		Year 年份
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
(C) Research 研究工作簡介		Year 年份
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
(D) Promotion of development of Integrative Medicine 促進中西結合醫療工作簡介		Year 年份
1.		
2.		
3.		

4.		
5.		

Photo 相片