

HONG KONG ASSOCIATION FOR INTEGRATION OF CHINESE-WESTERN MEDICINE

香港中西醫結合醫學會

Application Form for Associate Member

附屬會員申請表

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/ Student 學生/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)

Please tick ✓ as appropriate

- Annual Membership Fee 年費：HK\$300.00 (*中醫師註冊首3年豁免年費)
- Life Membership Fee 永久會員會費：HK\$1,500.00
- Student Membership 學生會員：免費直至畢業/中醫註冊頭三年 Free till graduate.

- Please pay by FPS (FPS ID 167093160) or send a crossed cheque payable to "**HONG KONG ASSOCIATION FOR INTEGRATION OF CHINESE-WESTERN MEDICINE**" for the membership 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或以「轉數快」(識別碼 FPS ID:167093160) 繳交會費。

Associate Member 附屬會員

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) Other Services 其他服務簡介		Year 年份
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Photo 相片