

香港中西醫結合醫學會

Application Form for Ordinary Member

一般會員申請表

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 (same as HKID) 姓名 (同身份證)：			
		Surname 英文姓氏	Other Names 英文名字	(Chinese Name 中文姓名)	
Sex 性別：		Date of Birth 出生日期：		ID/Passport No. 身份證/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 (please specify) 其他 (please specify) : 請提供註冊編號				
Specialty 部門：			Job Title 職級：		
Professorial Qualification 專業資格： (Please attach a curriculum vitae or fill in the second page. 請將個人履歷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

- 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。

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