

# 外專更新（換證）申請表

請正楷填寫

會員號碼：

證書號碼：外專醫字第

號

姓 名			身份證號	
執業院所				
院所地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
院所電話	(      )	分機	院所傳真	(      ) 分機
專線電話			現任職務	
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同醫院地址（需填寫單位等名稱，請註明） <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
通訊電話	(      )	手機號碼	① ②	
電子郵件信箱	如有數字、大小寫、底線等特別符號請註明 @			
可收掛號證書寄達地址	外專證書由衛福部掛號郵寄，請填寫希望寄達的地址 <input type="checkbox"/> 同醫院地址（需填寫單位等名稱，請註明） <input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
更新費是否繳交（請勾選）	證書更新費\$3,000（ <u>實繳金額</u> ），繳款方式有二種： ①網路銀行、ATM轉帳：輸入國泰世華銀行（代碼013）及繳款帳號。 ②國泰世華臨櫃或他行臨櫃填寫匯款單。 使用網路銀行、ATM轉帳或填寫匯款單產生的 <u>手續費須自行負擔</u> 。 帳戶：國泰世華銀行光復分行 戶名：台灣外科醫學會侯明鋒 繳款帳號：146602000+會員編號共5碼（刪除“-”） （例：會員號碼X-XXXX，繳款帳號：146602000XXXXX） <input type="checkbox"/> 已於      年      月      日轉帳、匯款、劃撥 繳交 <input type="checkbox"/> 尚未繳交。預計      年      月      日繳交			

◎填妥後請掛號郵寄或傳真(02)2746-7149至學會並來電確認。謝謝