



新加坡中华医学会 会员申请表

Society of Traditional Chinese Medicine (Singapore)
Blk 333 Kreta Ayer Road, #01-12/13 Singapore 080333

姓名	中文: 英文:	照片	
居民证号码	(红 / 蓝)		
性别: 男 / 女	国籍:	籍贯:	婚姻状况: 已婚 / 未婚 / 离婚
学历	中学: 医专: 研究院:		
最高专业资格:	<input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 硕士 <input type="checkbox"/> 学士		
职业	公司名称:		
	职位:		
	公司地址:		
通讯处	本地:		
	国外:		
	电话:	手机号:	
	电邮:		
申请人签名:	日期:		
办公室填写			
1. 批准 / 不批准入会	原因:		
2. 缴交会费:	收据号:	日期:	
3. 推荐人姓名:	签名 / 日期:		
4. 申请编号:	备注:		