**台灣癲癇醫學會--會員人事資料卡**

【請用正楷填寫後**附上醫師證書**及**專科醫師證書**e-mail:epil1990@ms36.hinet.net或

郵寄至學會秘書處】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 會員號碼  |    | 入會日期  |    |
| 姓名  | （中文） | 性 別  | □男 □女  | 身分證字號  |  |
| （英文）  | 生 日  | 年 月 日  | 籍 貫  |  市 縣 |
| 聯絡地址  | （中文）  | 郵遞區號  | 照 片  |
|   |
| （英文）  |
| 永久地址 | （中文）  | 郵遞區號 |
| （英文）  |   |
| 電話 | 公：（ ） | 傳真 | 公：（ ） |
| 家：（ ） | 家：（ ） |
| E-mail |  | 行動電話 |  |
| 學歷 | 院校或研究所名稱 | 系科院別 | 畢業年月日 | 學位 |
| 畢業學校 |  |  |  |  |
| 進修 |  |  |  |  |
| 醫師字號 | 專科醫師字號 | 教師證書或聘書字號 |
|  |  |  |
| 服務機構名稱 | 單 位 | 職 稱 | 時 間 |
| 經歷 |  |  |  | 年 月~ 年 月  |
|  |  |  | 年 月~ 年 月 |
|  |  |  | 年 月~ 年 月 |
| 現職 |  |  |  | 年 月~ 年 月 |
|  |  |  | 年 月~ 年 月  |
|  |    |    | 年 月~ 年 月  |
| 醫院網址  |  |
| 已繳會費  |    | 入會費  |
|    |
| 欠繳年度  |    | 欠繳金額  |    |
| 活動會員  |    |
| 備 註  |    | 證書發放  |    |