|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | 中文: | | | | 性別 |  | 身分證字號 | |  | | 近三個月二吋  照片  二張  (一張實貼，一張浮貼) |
| 英文: | | | | 出生 | 年 月 日 | | | | |
| 地址 | 郵件寄處: □□□ | | | | | | | | | |
| 服務單位住址: □□□ | | | | | | | | | |
| 電子郵件: | | | | | | | | | |
| 電話 | | (公) (宅) (手機) | | | | | | | | |
| 學  歷 | | 大學 |  | 系所 | |  | | 畢業年度 | |  |
| 研究所 |  | 系所 | |  | | 畢業年度 | |  |
| 博士 |  | 系所 | |  | | 畢業年度 | |  |
| 現  職 | | 單位名稱: 職位: (專任, 兼任) | | | | | | | | | |
| 單位名稱: 職位: (專任, 兼任) | | | | | | | | | |
| 單位名稱: 職位: (專任, 兼任) | | | | | | | | | |
| **備註** 請黏貼劃撥收據並寄至學會地址:110台北市信義區吳興街250號醫學綜合大樓前棟4樓 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 准考證號碼: | | | | | | | | 考試成績: | | | |

**2010醫學資訊管理師認證報名表**

□會員編號 □非會員 台灣醫學資訊學會9404製

報名收件日 年 月 日