|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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