

社團法人臺中市物理治療生公會

會員變更申請書

會員編號：			
姓名：			
身分證字號：			
性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
出生日期：	年	月	日
電話：		傳真：	

更改事項			

身分證影本黏貼處(正面)	身分證影本黏貼處(反面)
--------------	--------------

備註	➤ 身分證影本應由本人親自簽名確認無誤。所有文件如有偽造或不實情形，申請人應負法律及一切不良後果之責任。
申請人簽名	

通訊地址:台中市南區大慶街二段7巷32號 電話:(04)22615022 傳真:(04)22615021