

台灣消化系醫學會請領英文證明申請書

申請日期：_____

1. 申請人訊息

中文姓名：_____

英文姓名：_____

連絡電話：_____

護照號碼：_____

身分證字號：_____

電子郵件：_____

收件地址：_____

2. 證明項目

台灣消化系醫學會會員

消化系內科專科醫師

消化系內科專科醫師訓練醫院指導醫師

【註】 一張英文證明會顯示以上勾選的證明項目。

3. 費用

工本費新台幣 1,000 元整，請先行至郵局劃撥（7 個工作天）。

戶名：社團法人台灣消化系醫學會，帳號：00160971。

英文證明包含紙本證明與電子檔。

申請人：_____

(簽章)