

| 服務項目 | 請勾選 |
|-------|-----|
| 親自送件 | |
| 代理人送件 | |
| 書面申請 | |

申請類別：臨床中醫牙醫

申請地點：北京市

收件編號：

收件日期：

大陸醫師資格認定申請暨同意書

茲申請並同意社團法人台灣醫務管理學會協助本人_____辦理大陸醫師資格認證之作業；本人認知本業務是大陸衛生部在台灣唯一委請協助移交申請文件之機構，資格審查是由大陸衛生機關執行，該會不負保證通過審查之責任。

申請(同意)人簽名：(蓋章)

身分證字號：

通訊地址：

聯絡電話：() 轉 手機：

護照影印本 浮貼處

台胞證影印本 浮貼處

中華民國 年 月 日