|  |
| --- |
| **台灣醫療繼續教育推廣學會**  **會員代表臨時變更申請書** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機構名稱 |  | | 機構地址 |  | | |
| 電話 |  | | 傳真 |  | | |
| 代表人 | 姓名 |  | 職稱 |  | 性別 |  |
| 電話 |  | E-Mail |  | | |
| 院內  聯絡窗口 | 姓名 |  | 職稱 |  | 性別 |  |
| 電話 |  | E-Mail |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機構院章 |  | 負責人簽章 |
|  | (簽名＋蓋章) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人： |  | | 部門／職稱： |  | | 聯絡電話： |  |
| **備註：1. 貴機構瞭解本表僅供會員大會當日臨時變更會員代表使用，並同意本會於會員大會後，逕將貴機構會員代表回復為原代表，無須另案申請。如非臨時變更會員代表，仍請循一般會員基本資料變更程序辦理。**  **2. 填寫後請傳真或Mail回傳至本會，並來電確認。**  **3. 正本請於會員大會當日攜至會場，以憑辦理簽到。** | | | | | | | |
| 本會聯繫資訊： | | | | | | | |
| 電話：07-3868607 | | 傳真：07-3868616 | | | E-mail：tmcs.edu@gmail.com | | |
| 地址：807高雄市三民區民族一路98號16之1 | | | | | | | |