

臺灣醫療品質協會第十一屆第二次 高階醫療品質管理師暨醫療品質管理師甄審 申請表

高階醫療品質管理師 醫療品質管理師 申請日期： 年 月 日

姓 名											會員編號						2 吋照片黏貼處
出 生	年		月		日		性別	男 女									
身分證字號																	
聯絡方式	機構：() _____ 分機 _____ 手機： _____ E-mail： _____																
通訊地址 (註明部門)																	
考試區域	南 區																
甄 審 結 果																	
書 面 資 格 審 查					筆 試					口 試							
甄 審 資 料 審 核 通 過 繳 費 資 格 通 過					通 過 不 通 過					通 過 不 通 過							
國民身分證影印本黏貼處(正面) 影印本務須清晰 粘貼勿超出欄外							國民身分證影印本黏貼處(背面) 影印本務須清晰 粘貼勿超出欄外										
匯款單黏貼處(影印本) 戶名：臺灣醫療品質協會 合作金庫銀行(006)帳號：5137-717-008221																	