

海峡两岸暨香港地区医学教育协会

入会申请表格

* 烦请填写妥表格，传真至协会秘书处：(852) 3505 1457 或电邮致 eddieng@cuhk.edu.hk *

甲部：院校			
院校名称：		电话（总机）：	
原名／合并前名称 （如适用）：		传真号码：	
地址：			
网址（如适用）：		邮政编号：	

乙部：固定代表			
姓名：		所属单位：	
职称：	教授／博士／先生／女士*	职务：	
电话：	（ ）	传真：	（ ）
电子邮件（如适用）：			
地址：	邮政编号：		

丙部：联络人一			
姓名：		所属单位：	
职称：	教授／博士／先生／女士*	职务：	
电话：	（ ）	传真：	（ ）
电子邮件（如适用）：			
地址：	邮政编号：		

联络人二			
姓名：		所属单位：	
职称：	教授／博士／先生／女士*	职务：	
电话：	（ ）	传真：	（ ）
电子邮件（如适用）：			
地址：	邮政编号：		

本人谨代表本院（校）证明上述所填写的资料，确实无误。本人同意海峡两岸暨香港地区医学教育协会秘书处有权在合理的情况下，使用此表数据而毋须通知本院（校）。			
签署／学校盖章：		日期：	年 月 日

注：每间院校须委派一名固定代表及二名联络人，以便协会秘书处与该院（校）联系。

* 请把不适用删去