

海峽兩岸暨香港地區醫學教育協會

入會申請表格

* 煩請填妥表格，傳真至協會秘書處：(852) 3505 1457 或電郵致 eddieng@cuhk.edu.hk *

甲部：院校			
院校名稱：		電話（總機）：	
原名／合併前名稱 （如適用）：		傳真號碼：	
地址：			
網址（如適用）：		郵政編號：	

乙部：固定代表			
姓名：		所屬單位：	
職稱：	教授／博士／先生／女士*	職務：	
電話：	（ ）	傳真：	（ ）
電子郵件（如適用）：			
地址：	郵政編號：		

丙部：聯絡人一			
姓名：		所屬單位：	
職稱：	教授／博士／先生／女士*	職務：	
電話：	（ ）	傳真：	（ ）
電子郵件（如適用）：			
地址：	郵政編號：		

聯絡人二			
姓名：		所屬單位：	
職稱：	教授／博士／先生／女士*	職務：	
電話：	（ ）	傳真：	（ ）
電子郵件（如適用）：			
地址：	郵政編號：		

本人謹代表本院（校）證明上述所填寫的資料，確實無誤。本人同意海峽兩岸暨香港地區醫學教育協會秘書處有權在合理的情況下，使用此表資料而毋須通知本院（校）。			
簽署／學校蓋章：		日期：	年 月 日

註：每間院校須委派一名固定代表及二名聯絡人，以便協會秘書處與該院（校）聯繫。

* 請把不適用刪去