紐西蘭註冊中醫師公會

The Register of New Zealand Traditional Chinese Medicine Practitioner Inc

會員註冊申請表

Application Form　　编号 No：_____

姓名(Name)	中文/Chinese：　　英文/English：	照片 Photo
性別(Gender)：☐ 男/Male　☐ 女/Female	出生日期(Birth Date)：　/　/	
國籍 (ationality): ☐ N. Z Citizen　☐ N. Z PR　☐ N. Z WV　其他(other)：		
聯繫電話(Telephone)：　　手機(Mobile):		
通訊地址(Address):		
工作單位名稱(Name of Business Organisation)：		
工作單位地址(Business Address)：		
學歷(Academic Qualification)：		
工作簡歷(Curriculum Vitae)：		
申請人簽名(Signature of Applicant)：	填表日期(Date of Application)：　/　/	
會長批示(President Comment)： 簽名(Signature)：		