

社 團 法 人 臺 中 市 物 理 治 療 生 公 會
會 員 變 更 申 請 書

會員編號：			
姓名：			
身分證字號：			
性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
出生日期：	年	月	日
電話：		傳真：	

更改事項

身分證影本黏貼處(正面)	身分證影本黏貼處(反面)
--------------	--------------

備註	➤ 身分證影本應由本人親自簽名確認無誤。所有文件如有偽造或不實情形，申請人應負法律及一切不良後果之責任。
申請人簽名	