

片 照	審 查 日 期	通 訊 住 址 (請 留 可 收 信 地 址)	戶 籍 住 址	現 職	經 歷	學 歷	姓 名 中 文
	年 月 日 第 屆 第 次 理 事 會 議	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		醫 院 名 稱： 從 事 神 經 檢 查 業 務 的 開 始 服 務 經 歷：民 國 年 月 日 開 始 業 務 包 含 (請 勾 選)： <input type="checkbox"/> 腦 電 波 <input type="checkbox"/> 神 經 傳 導 <input type="checkbox"/> 誘 發 電 位 <input type="checkbox"/> 血 管 超 音 單 位： 職 稱：			姓 名 英 文
<p>申請人簽名： 中華民國 年 月 日</p> <p>備註：附上在職證明、畢業證書、職業證書影本及大頭照一張，(請盡量用電腦打字，請勿用手寫，以免資料錯誤。)</p> <p>寄至 202 基隆市中正區新豐街 296 號 14 樓 台灣神經生理技術學會 陳屹寬 收即可。</p>	審 查 結 果	電 話					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<input type="checkbox"/> 通 過 <input type="checkbox"/> 不 通 過	原 因：	醫 院：	住 家：	手 機：	E Mail：	出 生 日 期
							身 分 證 編 號

本會網址：<http://www.tset.org.tw> 信箱：tsetorgtw@gmail.com 聯絡人：陳屹寬
聯絡方式：(02)24292525 轉 5202 地址：201 基隆市信義區信二路 268 號 2 樓腦波室