

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

牙醫助理認證補發申請書

申請日期：____年____月____日 登記編號：()全聯會牙助第____號

| 個 人 資 料 欄 | | | | |
|-----------|-----|---------|----|------|
| 姓 名 | | 出生日期 | | 身份證號 |
| 戶籍地址 | □□□ | (2 吋照片) | | |
| 聯絡地址 | □□□ | | | |
| 聯絡電話 | | | | |
| 院 所 資 料 欄 | | | | |
| 院所名稱 | | 負責醫師 | 醫師 | |
| 院所地址 | □□□ | | | |
| 院所電話 | | 院所傳真 | | |

(聯絡地址即為證書寄送地址，請詳細寫明)

申請人：_____ (簽名並蓋章) 本人
 代理人：_____ (蓋章)

- ※1. 檢附證件影本及相關資料，共計：_____ 件
- 身份證影本(正、反面) 切結聲明書 戶口名簿影本 1 份—更改姓名者
- 二吋彩色照片 2 張(請於照片後面註明姓名) 其他
2. “登記編號”務必填寫。
3. 可自行至本會網頁(www.cda.org.tw)→『學術專區／牙醫助理認證專欄』下載電子檔。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
牙醫助理認證補發申請—身分證黏貼處

| 身分證正面黏貼處 | 身分證背面黏貼處 |
|----------|----------|
| | |