

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				
診 所 資 料 欄				
診所名稱	牙醫診所	負責醫師	醫師	
診所地址	□□□			
診所電話			診所傳真	

(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