



高雄市直轄市醫療器材商業同業公會 會員會籍登記卡

會籍編號	公司行號			
電話	傳真	統一編號		
營業地址				
聯絡地址				
E-mail				
公司網址	http://www.			
負責人	姓名：	職稱	行動電話	
	身分證字號：		出生日期	
	戶籍地址：			
會員代表 1	聯絡電話		行動電話	
	職稱		Line ID	
會員代表 2	聯絡電話		行動電話	
	職稱		Line ID	
核發執照機關：				
營利事業執照：			發證日期：	
資本額：新台幣			元整	開業日期：
申請入會日期：		會員發證日期：		建檔日期：
營業項目：依衛生署分類公告請圈選下列項目(可複選)				
<input type="checkbox"/> 臨床化學及臨床病毒理學	<input type="checkbox"/> 血液學及病理學	<input type="checkbox"/> 骨科學		
<input type="checkbox"/> 麻醉學	<input type="checkbox"/> 心臟血管醫學	<input type="checkbox"/> 牙科學		
<input type="checkbox"/> 耳鼻喉科學	<input type="checkbox"/> 胃腸病科學及泌尿科學	<input type="checkbox"/> 神經科學		
<input type="checkbox"/> 一般及整形外科手術	<input type="checkbox"/> 一般醫院及個人使用裝置	<input type="checkbox"/> 婦產科學		
<input type="checkbox"/> 眼科學	<input type="checkbox"/> 免疫學及微生物學	<input type="checkbox"/> 物理學科學		
<input type="checkbox"/> 放射學科學				
<input type="checkbox"/> 其他(經中央衛生主管機關認定者)：				
專業產品(請詳填)：				
填表公司行號：			(蓋章)	
負責人：			(蓋章)	
希望公會活動與資料通知方式： <input type="checkbox"/> 郵寄通訊地址 <input type="checkbox"/> 電子郵件信箱 <input type="checkbox"/> 傳真				
<input type="checkbox"/> 郵寄其他地址：				