社 團 法 人 中 華 民 國 學 名 藥 協 會 團 體 會 員 資 料 變 更 申 請 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 變 更 申 請 | * 異動負責人 (原：\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □異動會員代表 (原：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □異動聯絡人 (原：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) * 異動公司其他資料 (請檢附變更後之藥商執照影本或公司登記/設立證明文件影本)   \*請依勾選之變更項目填寫下列異動資訊。 | | | | | | |
| 公司(廠)/  團體全名 | 中文(必填)： | | | | 會員編號 | | 此欄由本會填寫 |
| 英文： | | | | 負責人  姓名/職稱 | |  |
| 成立日期 | 年 月 日 | 登記機關 |  | | 統一編號  (必填) | |  |
| 電 話 | ( ) - | | 營業項目  (請勾選) | □製造業藥商 □販賣業藥商 □臨床試驗 □藥品研發  □其 他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (醫藥相關) | | | |
| 傳真 | ( ) - | |
| 地址 | □□□ 鄰村 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓之 | | | | | | |
| 會員代表人  資料 | 姓 名： 職 稱：  聯絡電話： 手 機：  生 日： E-mail： | | | | | 申請團體：  （簽章）  負責人：  （簽章）  變更申請日期 年 月 日 | |
| 聯絡窗口  資料 | 姓 名： 職 稱：  聯絡電話：  E-mail： | | | | |
| ※注意事項：  （請浮貼照片）  1.請填具本申請表繳回本協會。  2.請檢附會員代表六個月內一吋彩色照片一張。(會員代表人有異動才需檢附)    社團法人中華民國學名藥協會 地址：104台北市中山區松江路32-1號5樓  電話：(02)2531-4389 傳真：(02)2537-1389 E-mail：contact@tgpa.org.tw | | | | | |