

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

<b>變 更 申 請</b>	<input type="checkbox"/> 異動負責人 (原：_____) <input type="checkbox"/> 異動會員代表 (原：_____) <input type="checkbox"/> 異動聯絡人 (原：_____) <input type="checkbox"/> 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。					
<b>公司(廠)/ 團體全名</b>	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)	<input type="checkbox"/> 製造業藥商 <input type="checkbox"/> 販賣業藥商 <input type="checkbox"/> 臨床試驗 <input type="checkbox"/> 藥品研發 <input type="checkbox"/> 其 他 _____ (醫藥相關)	
傳 真 ( ) -						
地 址	□□□	縣 市	市 區 鄉 鎮	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：		
聯絡窗口 資 料	姓 名：			職 稱：		
	聯 絡 電 話：					
	E-mail：					
※注意事項： 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)				(請浮貼照片)		
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						
				申請團體：		(簽章)
				負責人：		(簽章)
				變更申請日期		年 月 日