執 業 執 照 換 照/ 在 職 證 明 申 請 書

申請人執業機構電話:

申請人姓名:

申請人證書字號:

申請人出生年月日:

電話: 03-5326151ext3503

E-mail: hcphysth@gmail.com

網址:http://www.hcpt.url.tw

新竹市物理治療師公會**:**300 新竹市經國路一段442巷25號

**請mail向呂欣怡小姐詢問。E-mail:** **hcphysth@gmail.com**

**電話: 03-5326151#3503(呂欣怡)，請於三天前(不含假日)先來電告知欲辦理事項，**

**並於3天前(不含假日)將申請書與資料寄到E-mail:** **hcphysth@gmail.com**

本資料單需與正本服務證明一致，若有不實者，需負相關法律責任

申請人執業機構住址:

申請人執業機構:

申請人到職日:

申請人會員編號:

申請人入會日期:

申請人身分證字號: