台北市醫療器材商業同業公會會籍暨會員代表登記卡

編號：_____

公司行號名稱	（中文）	入會日期	年　月　日
	（英文）		
公司行號地址	（中文）□□□	電話	
通訊地址	（中文）□□□		
	（英文）	傳真	

負責人				會員代表			
姓名		英文姓名		姓名		英文姓名	
出生年月日	年　月　日	出生地		出生年月日	年　月　日	出生地	
身份證字號		職稱		身份證字號		職稱	
戶籍住址				戶籍住址			

統一編號		資本總額	填表人
營業項目（限34個字以內）			
公司網址		E-MAIL	

公司行號　　（蓋章）　負責人　　（蓋章）　會員代表　　（蓋章）