



香港醫務委員會執照醫生協會
The Association of Licentiates of Medical Council of Hong Kong
(A.L.M.C.H.K.)
會員登記表

姓名 (中文):	姓名 (英文): Dr.
性別:	出生日期:
香港身份証號碼:	籍貫:
住宅電話:	住宅傳真:
辦公室電話:	辦公室傳真:
手提電話:	傳呼機:
電郵地址:	
住宅地址 (英文):	
辦公室地址 (英文):	
通訊地址: <input type="checkbox"/> 辦公室地址 <input type="checkbox"/> 住宅地址	
L.M.C.H.K. 頒授年份:	註冊編號:
畢業院校:	畢業年份:
註: 請填上在那一所醫學院 (醫科大學) 畢業年份, 以便幫助組合及認識同校不同屆之校友。	
執業科目: <input type="checkbox"/> 普通科	<input type="checkbox"/> 專科 (註明外科、婦產科等):
加入 A.L.M.C.H.K. 為: <input type="checkbox"/> 永久會員 <input type="checkbox"/> 普通會員	
茲聲明本人所填上述資料絕對正確無誤	
簽名:	日期:
本會專用 (不用填寫) Approved by	
簽名:	日期: