台北醫學大學附設醫院　醫療診所加入北醫大社區醫療群
申請單

申請日期：　　年　　月　　日

基本資料			
項目	內容(以下皆必填資料)		
診所名稱(中/英文)			
診所負責人		院所代碼	
醫師姓名		出生年月日	
身分證字號		聯絡電話(H/O)	
傳真電話		醫師執照字號	
執業科別			
診所地址			
電子信箱			
學歷			
經歷簡介			
請簡述診所特色			
診所看診時間			

歡迎加入北醫大社區醫療群，成為家庭健康的守護者!!

1. 此單填寫完畢後，煩請傳真至02-2758-5927，本院將會有專員與您聯繫。
2. 相關疑問歡迎來電至臺北醫學大學附設醫院 社區醫療群聯絡電話：黃小姐(02-2737-2181 轉 3957)我們將盡所能的為您服務。