

美国中医针灸传承学会 / 基地个体会员登记表

American TCM Acupuncture Inheritance Association Individual Membership Application Form

Application Date 申请日期 : _____(MM/DD/YYYY)

First Name 名: _____ Last Name 姓 : _____ 中文姓名 : _____

Date of Birth 生日 _____(MM/DD/YYYY): Gender 性别: _____

Home Address 住址: _____

Tel 电话: _____ Cell 手机: _____

E-Mail 电邮: _____ License # 执照号码: _____

Company Name 公司名称: _____

Company Address 公司地址: _____

Tel 电话 : _____ Fax 传真: _____

Web 网址 : _____

Applicant Signature 申请人签名: _____

Notes 备注:
