

한방비만학회 평생회원 가입 신청서

이름		면허번호	
영문이름			
병의원명			
직장전화		휴대폰	
이메일	(hanmail이나 daum은 피해주시기 바랍니다.)		
주소 (우편물 수취주소)	()		
비만학회 회원 여부	회원 <input type="checkbox"/> 비회원 <input type="checkbox"/>	학회참석횟수(연수강좌+학술대회)	
회비 입금예정일	(회비는 반드시 회원님 이름으로 입금하여 주시기 바랍니다.)		

한방비만학회 평생회원 가입을 신청합니다.

다음과 같은 경우에는 한방비만학회 자격관리위원회 심사를 통해 평생회원의 자격이 상실될 수도 있음을 인지하고 한방비만학회 평생회원으로서 품위를 지키도록 노력하겠습니다.

- ① 본 학회의 품위를 손상시키고 한의사로서의 윤리를 위배했다고 인정되는 경우.
- ② 본 학회가 제시하는 표준진료지침에 명백하게 반하는 진료행위를 하고 있다고 인정되는 경우.

신청일 :

신청인 :

(인)

* 신청서를 작성하신 후 Fax 0504-156-6625로 보내주시기 바랍니다.

문의전화 : 한방비만학회 사무국 010-7450-6625

입금계좌 : 기업은행 053-065242-01-014 김동환<한방비만학회>