|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 會員號 |  | 姓名(更改前) |  |
| 身分證字號 |  | 姓名(更改後) |  |
| 生日(核對身份用) | 民國 年 月 日 | 聯絡電話 | （白天）（手機） |
| 地址 | □□□ |
| E-mail |  |
| 檢附文件以供核備（請勾選） | □戶籍謄本（申請**更改姓名**者請**務必附上**）□身分證正反面影本□其他 (請說明) |
| 備註 |  |

註一：更改會員姓名請將填寫完成的申請表及佐證文件(如戶籍騰本)電子檔E-MAIL至mediz@taccn.org.tw。

註二：有須更換本學會已發出之證書者，請於來信時詢問，將由業務承辦人回覆。