

NATIONAL TRADITIONAL CHINESE MEDICINE  
ASSOCIATION OF CANADA  
加拿大國家中醫藥學會

New  
Membership  
Application Form

新會員  
入會申請表

**The Purposes of the Association are 本學會的宗旨：**

- 一、 延續悠久的中華傳統醫藥醫術,並在加拿大境內積極推廣與發展,以期建立大眾對中醫藥的正確認知與支持。
- 二、 為維護中醫藥界相關之權益,團結有關之中醫藥團體,藉教育傳播與政府或有關之民間團體展開對話,提供正確資訊,建立聯係及溝通管道,避免使外界的認知受到扭曲及誤解,並積極爭取參預各項中醫藥法令之諮詢權利。
- 三、 推動與各類醫學團體之交流,進行整合中醫藥的理論與臨床指導,並計劃或合作參預各項中醫藥學術的研究與發展,適時舉行各項學術專題研討會,及發表論文或發行專業刊物,以建立及提高中醫藥之專業知識及地位。
- 四、 本會秉持多元文化立場,以純學術專業範疇成立。因此歡迎對中醫藥等各項領域有興趣的人士,參與本會的各项活動。

Membership No.會員號碼: \_\_\_\_\_

**A.**

**NTCM NEW MEMBERSHIP APPLICATION FORM 新會員入會申請表**

<input type="checkbox"/> Professional Membership (Voting) 專業會員	<input type="checkbox"/> Student Membership (Nonvoting) 學生會員	<input type="checkbox"/> Non-Professional (Nonvoting) 非專業會員
\$100/yr	\$50/yr	\$50/yr

Note: Professional Membership includes TCM and Acupuncture practitioners and members of the other health provider and herbal industry.

Please make your **Membership Fee** and plus **New Application Fee (\$50.00)** cheque payable to NTCM.

請繳交您的會費及加上一次性註冊費(\$50.00),支票抬頭請書寫: NTCM.

備註:專業會員包括中醫和針灸職業人員,以及從事有關健康專業服務人員及中藥材經營者.

One-year cycle for renewal NTCM membership commence **January 1st.** 一月一日為本會更新會員資格年度之開始.

**B.**

**PERSONAL INFORMATION 個人資料**

Please **Print** Your Information請以正楷填寫您的資料:

Name姓名: Dr.醫生 Mr.先生 Mrs.夫人 Ms.女士 Miss小姐

\_\_\_\_\_ Last Name姓氏 \_\_\_\_\_ First Name第一名字 \_\_\_\_\_ Middle Name中間名字

中文姓名 \_\_\_\_\_

Place of Birth \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
出生地點 \_\_\_\_\_ 出生日期 (mm/dd/yyyy 月/日/年) 職業 \_\_\_\_\_

**MAILING ADDRESS 通訊住址**

**Business/School Name**

公司/診所/學校名稱 \_\_\_\_\_

Address 住址 \_\_\_\_\_

City城市 \_\_\_\_\_ Province 省份 \_\_\_\_\_ Zip Code 郵遞區號 \_\_\_\_\_

Tel 電話 \_\_\_\_\_ Fax 傳真 \_\_\_\_\_

E-mail 電子信箱 \_\_\_\_\_ Web Site 網頁 \_\_\_\_\_

**Home 住家**

Address 住址 \_\_\_\_\_

City城市 \_\_\_\_\_ Province 省份 \_\_\_\_\_ Zip Code 郵遞區號 \_\_\_\_\_

Tel 電話 \_\_\_\_\_ Fax 傳真 \_\_\_\_\_

E-mail 電子信箱 \_\_\_\_\_ Web Site 網頁 \_\_\_\_\_

**C.**

**Professional Training Diploma or Degree 專業訓練、畢業文憑或學位證書:**

(1) Type of Training or Degree

專業訓練或學位 \_\_\_\_\_

Name of College/University 學校名稱 \_\_\_\_\_

Place of College/University 學校地點 \_\_\_\_\_

(2) Type of Training or Degree

專業訓練或學位 \_\_\_\_\_

Name of College/University 學校名稱 \_\_\_\_\_

Place of College/University 學校地點 \_\_\_\_\_

**Experience in Teaching 擁有教學的經驗:**

Place of Teaching 教學地點 \_\_\_\_\_

Field(s) of Teaching 教學領域 \_\_\_\_\_

Duration of Teaching 教學時間 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D.**

**Years of Practice in Traditional Chinese Medicine and Acupuncture or Other Profession(s):**

**傳統中醫及針灸或其他專業之開業年限:**

Place of Practice 開業地點 \_\_\_\_\_

Field(s) of Practice 開業範疇 \_\_\_\_\_

Duration of Practice 開業時間 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E.**

**Is Currently Registered Acupuncturist in British Columbia, Canada:**

**具有加拿大卑詩省當局之註冊中醫, 草藥, 或針灸師牌照:**

CTCMA Registration Number 中醫管理局註冊號碼: \_\_\_\_\_

**Is Licensed or Certified in Other Areas of Expertise 擁有其專業領域上之執照或證書:**

Title of License or Certificate 執照/證書名稱與號碼 \_\_\_\_\_

Issuing Organization 簽發單位 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F.**

**Do You Hold Membership of Other Professional Association(s) 您是否為其他專業公/學會之會員:**

- Acupuncture Association of BC 卑詩省針灸學會
- Canada Acupuncturists Headquarters Association-BC Branch 加拿大針灸醫師總會-卑詩省分會
- Canadian Acupuncturists & TCM Alliance of BC 加拿大卑詩省針灸中醫師聯合會
- Canadian Chinese TCM & Acupuncture Society 加華中醫師公會
- Qualified Acupuncturists & TCM Association of BC 卑詩省註冊中醫針灸師公會
- TCM Practitioner & Acupuncturist Society (Pacific Region) 中醫針灸師協會(太平洋區域)
- Traditional Chinese Medicine Association of BC 卑詩省傳統中醫師公會
- United Acupuncturists Association of BC 卑詩省針灸醫師聯合會

Others

其他公/學會 \_\_\_\_\_

Others

其他公/學會 \_\_\_\_\_

Others

其他公/學會 \_\_\_\_\_

**G.**

**Certification 聲明**

“I certify that the information provided in this application is true and complete. I understand and fully support the goals of the **National Traditional Chinese Medicine Association of Canada.**”

“我證實在此申請表內所提供的資料完全屬實.我瞭解和支持**加拿大國家中醫藥學會**的目標。”

Applicant's Signature \_\_\_\_\_

申請者簽名

Date \_\_\_\_\_

日期 (mm/dd/yyyy 月/日/年)

**H.**

**Documentation 相關證明文件**

(1) Please provide copied documentation of your licenses, trainings, and education.

請提供您的專業執照、訓練及教育證明備份。

(2) Please have all your documents copied in letter size papers attached with your application. Thank you!

所有相關之文件請影印為信紙大小之尺寸,一同與您的申請表送至本會.謝謝您的合作!

(3) Please make your **Membership Fee** and plus **New Application Fee (\$50.00)** cheque payable to **NTCM.**

請繳交您的**會費**及加上一**次性註冊費(\$50.00)**,支票抬頭請書寫:**NTCM.**

