



WAAAM/APAAAM/A4M REGISTRATION FORM

WAAAM 世界抗衰老医学会

APAAAM 亚太抗衰老医学会

A4M 美国抗衰老医学会

会员注册登记表

Member No. (会员编号)		Location 地址				照 片	
Full Name (姓名)		性别		出生年月 DOB			
Origin (籍贯)		民族		政治面貌			
Position 行政职务		title 职称		Member 本会会员			
Company 工作单位							
Address 联系地址							
Phone No. 联系电话		Fax No. 传真		Post Code 邮编			
E-mail							
Doctor Qualification Certificate No. 医师资格 证书编号				Doctor Practicing Certificate No. 医师执业 证书编号			
Graduated School 毕 (肄)业院校 名称				Graduated Date 毕 (肄)业时间		Degree 学位	Diploma 学历
Domestic 国内							





WAAAM/APAAAM/A4M REGISTRATION FORM

WAAAM 世界抗衰老医学会

APAAAM 亚太抗衰老医学会

A4M 美国抗衰老医学会

会员注册登记表

Abroad 国外			
现从事专业 Profession now engaged	1		
	2		
	3		
工作简历 Working Experience			
推荐人	签名		专科会员编号
	单位		

注:

- 1、请用正楷填写表格，每位会员需交电子证件照片、医师资格证书和执业资格证书复印件；
- 2、请扫码付款（下方微信支付），或扫描右下角支付；
- 3、登记表请扫描电邮：info@skymdpro.com。



微信支付

