

马来西亚中医师暨针灸联合总会 (医总)
PERSEKUTUAN PERSATUAN TABIB PERUBATAN TRADISIONAL CINA
DAN AKUPUNKTUR MALAYSIA (FCPAAM)

(Federation of Chinese Physicians and Acupuncturists Associations of Malaysia)

780A, Jalan Sentul, 51000 Kuala Lumpur. Tel:03-40431787,Fax:03-40432787

Email:fcpaam_pkng@hotmail.com,Website:www.fcpaam.org.my

附属团体准会员申请表

Borang Permohonan Untuk Ahli Bersekutu (Untuk Persatuan Qigong,Taici Sahaja)

本人代表本组织愿意申请加入医总为准会员，并同意遵守医总所订立的章程与纪律，若有违反愿受医总中医纪律委员会或大会制裁。

Saya sebagai wakil Persatuan ingin memohon manjadi Ahli Bersekutu FCPAAM , dan berjanji mematuhi undang-undang dan peraturan-peraturan yang ditetapkan oleh FCPAAM .

团体名称 :		
Nama Pertubuhan :		
注册号码 No.Pendaftaran :	注册日期 Tarikh Pendaftaran :	
通讯地址 Alamat :		
电话 Tel:	传真 Fax:	
电邮 Email:	网址 Website:	
申请团体盖章 Cop Pertubuhan :	会长/秘书长签名 Tandatangan Pengerusi / Setiausaha:	
推荐团体盖章 Cop Pertubuhan Pencadang:	推荐团体会长/秘书长签名 Tandatangan Pencadang:	
代表人资料		
代表姓名:	Nama Wakil:	
身份证号码 No.Kad Pengenalan :		
通讯地址 Alamat :		
电话: Tel:	传真: Fax :	手提电话: H/P:
代表签名 Tandatangan Wakil:	申请日期 Tarikh Memohon :	

备注:

1. 申请团体必须是在 1966 年社团注册法令下注册的“气功治疗”和“太极”组织，
2. 申请时须附上注册证书、章程、新届理事会名单；
3. 必须有至少一个医总属会所推荐；
4. 申请者必须缴付准会员入会基金 RM 1000.00，年捐 RM 500.00，共 RM 1500.00。

本会填写 Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

附属会员编号 No.Ahli :	收据号码 No.Resit :
批准日期 Tarikh diluluskan :	此申请在第_____届理事会, 第____次会议通过
总会长签名 Tandatangan Pengerusi :	秘书长签名 Tandatangan Setiausaha :
总会盖章 Cop Pertubuhan :	