

**Chinese-American Scholars and Professionals Association of Florida**

**佛羅里達州中華學人協會會員入會申請表**

編號 \_\_\_\_\_  
Internal use only

中文姓名		English Name	First	Last
Sex 性別	Date of Birth 出生月日	Mon./ Day /	Today's date 填表日期	Mon./ Day/ Year / /
家屬中文姓名		Spouse English Name	First	Last
家屬中文姓名		Child English Name	First	Last
家屬中文姓名		Child English Name	First	Last
Highest Degree Awarded and School 最高學位及學校		Major 專長		Year of Graduation 畢業年度
Field(s) of Specialty 專長領域		Present Job Title 現職職稱		
Present Employer 服務機構		Office Phone Number 服務機構電話		
Preferred contact Address 聯絡地址				
E-mail Address 電子郵件地址				
Preferred Contact Method 聯絡方式				
Home Phone Number 住家電話	Cell Phone Number 行動電話	Other Phone Number 其它電話		
( )	( )			
Reference(optional) 介紹人			Signature 簽名	

Membership due: Regular member: \$30, Associate member: \$20, Student Member: \$10, payable to CASPAF. Please send completed application and dues to:  
Dr. William Chen, 3015 NW 23<sup>rd</sup> Terrace, Gainesville, FL 32605.