中華民國口腔植體學會 專科醫師甄審申請書

組別： □ 外科組 □ 贋復組 □ 不分組

會員編號: 入會日期 年 月 日

姓 名	中文 出生年月日		最近一年內兩吋 本人最近一年內 正面脫帽相片二張
(請寫正楷)	英文 護照(身分證字號)		
身分證字號			
畢業學校			
牙醫師證號		COPY本	
聯絡電話	(公) (宅)		
E-Mail			
通訊處			

申請資格

本會研究員符合下列條款資格者，得申請專科醫師考試.

第一類：（一）具一般會員二年以上資格。

（二）申請前三年內曾參加年會。

（三）申請前三年內累積有關口腔植體學繼續教育學分一百點以上（請見第五章）其中六十點須為參與本學會主辦之學術活動者。

第二類：適用於第二、三、四、五類研究員。

（一）具一般會員一年以上資格。

（二）申請前三年內曾參加本學會年會。

（三）申請前三年內累積有關口腔植體學繼續教育學分五十點以上，其中三十點須為參與本學會主辦之學術活動者。

第三類：適用於第三、四、五類研究員。

（一）具一般會員資格。

（二）曾參與本學會年會。

（三）經本委員會推薦邀請在本學會舉辦之專題教育課程演講或至甄審委員會作專題報告。

*****此欄請勿填寫*****

1.會費繳納：	□ 已繳清	□ 未繳清
2.報名表填寫：	□ 已齊全	□ 未齊全
3.筆試甄審費(6000元)：	□ 已繳清	□ 未繳清
4.口試甄審費(10000元)：	□ 已繳清	□ 未繳清
5.證書費(5,000元)：	□ 已繳清	□ 未繳清

申請人: (簽名蓋章) 年 月 日

審查結果：□ 合 格 □ 不合格	審查人簽章：
	日 期：

郵局劃撥帳號：18668017 戶名：中華民國口腔植體學會

秘書處電話：02-27421533 秘書處傳真：02-27421966