

# 中華民國口腔植體學會研究員甄審申請書

組別  外科組  膺復組  不分組

會員編號: \_\_\_\_\_ 入會日期 年 月 日

姓 名	中文:	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	身分證字號	
身分證字號			出生: 年 月 日	
畢業學校				
牙醫師證號				
聯絡電話	(公)	(公)	(宅)	
通訊處				

\*\*\*申請資格\*\*\* 本會一般會員且符合下列類組之一者，得申請研究員甄審。

**1.具本會一般會員資格**

第一類：(一) 具一般會員一年以上資格。

(二) 申請前兩年內曾參加年會。

(三) 申請前兩年內累積有關口腔植體學繼續教育學分六十點以上(請見考試辦法第五章)其中四十點須為參與本學會主辦之學術活動者。

\*初審合格者請提送5個病例審核(請見考試辦法三章第8條)。

第二類：於本學會認可之國內、外專科醫師訓練機構完成兩年以上植體相關專科訓練課程。

第三類：通過本學會認可之國內與植體相關之專科學會(中華民國牙周病醫學會、中華民國膺復牙科學會、中華民國口腔顎面外科學會)之專科醫師考試，並取得其專科醫師證書滿二年且實際從事口腔植體工作者。

第四類：通過本學會認可國外植體專科學會專科醫師考試並獲得專科醫師證書者。

第五類：曾於國內區域醫院(含)以上之口腔植體科、口腔顎面外科、牙周病科、口腔膺復科或一般牙科擔任專任主治醫師滿二年且實際從事口腔植體工作者。

\*\*\*\*\*此欄請勿填寫\*\*\*\*\*

- |                |                              |                              |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| 1.會費繳納:        | <input type="checkbox"/> 已繳清 | <input type="checkbox"/> 未繳清 |
| 2.報名表填寫:       | <input type="checkbox"/> 已齊全 | <input type="checkbox"/> 未齊全 |
| 3.甄審費(5,000元): | <input type="checkbox"/> 已繳清 | <input type="checkbox"/> 未繳清 |
| 4.證書費(3,000元): | <input type="checkbox"/> 已繳清 | <input type="checkbox"/> 未繳清 |

申請人: \_\_\_\_\_ (簽名蓋章) 年 月 日

審查結果: <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 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

電話: 02-27421533 傳真: 02-27421966