

中華民國口腔植體學會專科醫師換證甄審申請書

組別：外科組 膺復組 不分組 會員編號：_____入會日期：_____年 月 日

姓名 (請寫正楷)	中文名：			最近一年內兩吋 正面脫帽相片兩張 浮 貼
	英文名：			
出生年月 日		身分證字號		
畢業學校		最高學歷		
牙醫師證書	牙字第 _____ 號			
專科醫師				
服務單位				
公/學會 經歷				
e-mail				
通訊處 (郵寄考 試通知)	(郵遞區號)地 址：			
	電話(H)：		電話(M)	
** 申請資格** (請詳如甄審辦法第二章 第四條) 本學會研究員得依下列類別所規定之資格申請專科醫師甄審：				
<input type="checkbox"/> 具本會研究員資格，提交 5 案例書面審查(其中 2 案例可為研究員申請甄審案例)，經口試通過者，得申請本會專科醫師。 <input type="checkbox"/> 曾現任植牙相關學會理事長，或教學醫院牙科部部長級以上者，得申請本會專科醫師。 <input type="checkbox"/> 具備台植盟專科醫師者，得申請本會專科醫師。 <input type="checkbox"/> 台植盟團體會員專科醫師，但尚未成為台植盟專科醫師者，提交 2 案例書面審查者，得申請本會專科醫師。				
申請人：		(簽名蓋章) 申請日期：		
*****此欄由審查單位填寫*****				
1. 會費繳納： <input type="checkbox"/> 已繳清至_____年(____年__月__日繳納) <input type="checkbox"/> 未繳清 2. 報名表及申請文件： <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(____年__月__日繳納) <input type="checkbox"/> 未繳清 4. 證書費(5,000 元)： <input type="checkbox"/> 已繳清(____年__月__日繳納) <input type="checkbox"/> 未繳清				
審查結果： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 原因：				
審查人簽章：		中華民國	年	月 日
專審主委簽章：		中華民國	年	月 日
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				