

# 中華民國口腔植體學會 函



地址：台北市南京東路五段 40 號 6 樓之 10  
秘書處：TEL:02-2742-1533 FAX:02-2742-1966  
電子信箱：aoit.dentalimplant@dentalimplant.org.tw  
聯絡人：秘書處  
學會官方 line ID：@000dcuhx



受文者：本會會員

發文日期：中華民國 113 年 09 月 19 日

發文字號：(113)中華口植(謝)內字第 113091901 號

速 別：普通件

密等級解密條件或保管期限：普級

附 件：專科醫師甄審申請書、口試 5 案例檢查總表

主 旨：113 年專科醫師考試通知

說 明：

1. 本會訂於 113 年 12/15(日)舉行專科醫師考試(筆試+口試)
2. 報考資格:本會有效會員
3. 必備資料:請填妥申請書，備齊相關附件(具研究員資格者)，先繳清甄審筆試費 5000 元整，甄審費(包含口試費用)10000 元整共計\$15000 元整，待取得專科醫師資格再補繳證書費\$10000 元整。另外(尚未具研究員資格者需再繳 3000 元研究員甄審費，研究員證書\$3000 元共\$6000 元整)
4. 已參加本學會舉辦實作課程之會員，免繳口試費及筆試費，待取得專科醫師資格再補繳證書費\$10000 元整，
5. 報名方式:請郵寄紙本回總會秘書處或 e-mail 電子檔至總會信箱 2 種方式皆可
6. 報名截止日:113 年 10 月 16 日前報名(以郵戳及 e-mail 為憑)
7. 考試時間:12/15(日)(上午筆試，下午口試)
8. 考試地點:再另行通知
9. 甄審需要五個案例者，請於報名時候一併繳交，以利審查，否則無法報名
10. 報名時，需同時附上繳費證明，ATM 轉帳者，由秘書處查詢後報名始成功

正本：本會各會員醫師

副本：總會秘書處

謝尚廷

理事長：

林語堂

甄審主委：

中華民國口腔植體學會  
研究員暨專科醫師甄審申請書

2023 修訂版

組別：外科組 贖復組 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			
專科醫師資歷				
現職服務單位				
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\*\*\*

本學會研究員、專科醫師得依下列類別所規定之資格申請甄審：

## 研究員申請

- (1)參與本學會舉辦專科醫師輔導課程，累積 32 學分以上，並通過筆試者，得申請本會研究員。
- (2)參與本學會舉辦課程，累積 40 學分以上，通過筆試及提交 2 案例書面審查，得申請本會研究員。
- (3)參與本學會舉辦研究會之貼示報告優選得獎作者或擔任講師，得申請本會研究員。

※研究員申請甄審費 3000 元，證書費 3000 元。

## 專科醫師申請

- (1)具本會研究員資格，提交 5 案例書面審查，經口試通過者，得申請本會專科醫師。
- (2)曾任或現任植牙相關學會理事長，或教學醫院部長級以上者，得申請本會專科醫師。
- (3)具備台植盟專科醫師者，得申請本會專科醫師。
- (4)為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。

※專科醫師申請甄審費 10000 元，證書費 10000 元。

※證書有效時間 6 年，展延費 3000 元。

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：已繳清至\_\_\_\_年（ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月\_\_\_\_日繳納） 未繳清
- 2.報名表及申請文件：已齊全 未齊全
- 3.研究員甄審費(3,000元)：已繳清（ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月\_\_\_\_日繳納） 未繳清
- 4.研究員證書費(3,000元)：已繳清（ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月\_\_\_\_日繳納） 未繳清
- 5.專科醫師甄審口試費含病例審(10,000元)：已繳清( \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日繳納) 未繳清
- 6.專科醫師證書費(10,000元)：已繳清（ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月\_\_\_\_日繳納） 未繳清
- 7.已報名本年度大會：已繳清（\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日繳納） 未繳清

審查結果：合格 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

中國信託城中分行 銀行代號:822 帳號:10754-00611-98 戶名：中華民國口腔植體學會

電話：02-27421533

傳真：02-27421966

帳號末五碼(匯款繳費必填)：

附註:有全程參加本年度本學會所舉辦之實作班，並已經繳交課程費用者，免繳甄審及口試費用，證書申請必須要額外付費！

中華民國口腔植體學會

專科醫師聯合甄試口試五案例檢查總表

考試醫師姓名：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_\_\_\_

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	術前口內清晰照片 (至少 1 張)	術前局部 PA 與環口 X 光片 (至少 2 張)	術中口內臨床清晰照片 (至少 1 張)	治療中口內臨床清晰照片 (至少 1 張)	完成賈復後口內清晰照片 (至少 1 張)	完成賈復後局部 PA 與環口 X 光片 (至少 2 張)	追蹤一年以上口內清晰照片 (至少 1 張)	追蹤一年以上局部 PA 與環口 X 光片 (至少 1 張)	請註明案例符合 12 科術式中的第幾項	五案例中三例為非單顆植牙 (請勾選)
CASE 1										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙
CASE 2										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙
CASE 3										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙
CASE 4										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙
CASE 5										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙

注意事項：  
 一、以上五案例須符合上述資料提供之基本要求，並符合 12 種術式中涵蓋至少 7 種以上技巧。（重複術式者算同一種，同一患者不同區算同一案例計，不算拆開不同案例。）  
 二、請於第九項填上術式號碼。  
 12 種規定術式如下：(1)Socket preservation (2)上顎竇增高 (3)GBR 或骨嵴加寬手術 (4)Onlay graft 或垂直骨增高 (5)Immediate implant/loading (6)Soft Tissue Management (7)單顆植牙假牙 (8)美觀區植牙(前牙植牙) (9)兩顆以上植牙牙橋 (10)覆蓋式義齒 (11)全口重建 (12)植牙併發症處理  
 三、五篇案例中必須有三例(含)以上為非單顆植牙，請於第十項勾選。

\*本人確實親自執行上述植牙五篇案例之治療步驟，特此聲明。

應考醫師姓名\_\_\_\_\_ (親簽)

審查通過與否： 是 否

1. 審查委員簽名：\_\_\_\_\_ (親簽)  
日期：\_\_\_\_\_

2. 審查委員簽名：\_\_\_\_\_ (親簽)  
日期：\_\_\_\_\_