

# 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@gmail.com  
聯絡人：秘書處  
學會 line ID：aoitline



受文者：如正副本

發文日期：中華民國 111 年 07 月 21 日

發文字號：(111)中華口植(呂)字第 111004 號

速 別：普通件

密等級解密條件或保管期限：普級

附 件：

主 旨：謹定於 111 年 09 月 18 日(週日)舉辦「111 年度第二次專科醫師甄試」筆試及口試，請查照。

說 明：

一、依據本會專科醫師甄審辦法辦理。

二、111 年度第二次植牙專科醫師甄試資訊：

日 期：111 年 09 月 18 日(日)

時 間：上午筆試、下午口試

場 地：福華國際文教會館 2 樓 201 教室 (臺北市大安區新生南路 3 段 30 號)

三、收件(申請書及備審資料)及繳費截止日：111 年 9 月 10 日。

四、欲了解細節者，請向秘書處諮詢：02-2742-1533

正本：本會各會員醫師們

副本：總會秘書處

理事長

呂名峯

甄審主委

楊沛青



**\*\*\*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：**

- 第一類、適用於所有研究員。**  
(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。
- 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、(一) 具一般會員資格。**  
(二) 曾參與本學會年會。  
(三) 須經本委員會推薦，並正式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。(增加條款可不經由研究員甄試) 本委員應邀請曾任及現任本學會認可之國內外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) 理事長或教學醫院從事於與植體相關醫療業務之部科主任，經正式邀請在本學會之專題教育課程演講，擔任講師或引言者或評論者，得經本委員會推薦，得以申請為本學會之專科醫師。(需繳交會費、年費、與專科醫師甄審、證書費)。
- 第四類、適用於符合第三類同時也是第五類研究員。**  
(一) 具一般會員資格。  
(二) 曾參與本學會年會。  
(三) 可申請直接病例審(不須筆試)
- 第五類之一、(一) 具一般會員資格。**  
(二) 曾參與本會年會。  
(三) 擔任醫院主治醫師五年以上經歷，並具備衛福部部定專科(中華民國牙周病醫學會或中華民國膺復牙科學會或中華民國口腔顎面外科學會)，並提出兩例病例案例書面審查或受邀擔任本會學術課程主要講師，得申請為本會專科醫師。(須繳交會費年費與專科醫師甄審及證書費用)。
- 第五類之二、(一) 具一般會員資格。**  
(二) 曾參與本會年會。  
(三) 具本學會認可之國內外與植體相關專科學會之專科醫師5年以上資歷(中華民國牙周病醫學會或中華民國膺復牙科學會或中華民國口腔顎面外科學會)，並提出兩例病例案例書面審查或受邀擔任本會學術課程主要講師，得申請本會專科醫師。(需繳交會費年費與專科醫師甄審及證書費用)。  
註：相關植牙學會專科醫師由專審會認定。(台灣植牙聯盟醫學會團體會員)。

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. 甄審筆試費(5,000元)： <input type="checkbox"/> 已繳清(____年__月__日繳納)      | <input type="checkbox"/> 未繳清 |
| 4. 甄審口試費含病例審(10,000元)： <input type="checkbox"/> 已繳清(____年__月__日繳納) | <input type="checkbox"/> 未繳清 |
| 5. 證書費(5,000元)： <input type="checkbox"/> 已繳清(____年__月__日繳納)        | <input type="checkbox"/> 未繳清 |
| 6. 已報名本年度大會： <input type="checkbox"/> 已繳清(____年__月__日繳納)           | <input type="checkbox"/> 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

**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	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
英文姓名 (請寫正楷)		
身份證字號		
畢業學校		
牙醫師證號		
聯絡電話	(O)                      (H)                      (M)	
通 訊 處		

本學會一般會員符合下列各條款資格者，得申請研究員甄審

<input type="checkbox"/> <b>第一類：</b> (一) 具一般會員資格。 (二) 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(請見第五章)其中四十點須為參與本學會主辦之學術活動者。	<input type="checkbox"/> <b>第四類：</b> 通過本學會認可國內、外植體專科學會研究員考試並獲得研究員證書者。
<input type="checkbox"/> <b>第二類：</b> 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。	<input type="checkbox"/> <b>第五類：</b> 曾於國內教學醫院(含)以上，擔任專任主治醫師滿二年且實際從事口腔植體工作者。
<input type="checkbox"/> <b>第三類：</b> 通過本學會認可之國內與植體相關之專科學會(台灣牙周病醫學會、中華民國膺復牙科學會、中華民國口腔顎面外科學會)之研究員考試，並取得其研究員證書且實際從事口腔植體工作者。	<input type="checkbox"/> <b>第六類：</b> a. 研究員申請前兩年需累積口腔植牙課程60學分，其中40學分為本學會舉辦之植牙專業訓練課程。 b. 本學會專科醫師植牙專業輔導課程得認可40學分。 備註：本辦法學分認可自110年1月1日始生效。

\*\*\*\*\*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：                      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