

中華民國口腔植體學會
訓練機構認定(診所類)申請書

申請訓練機構：

名稱：_____

地址：_____

電話：_____ 傳真：_____

口腔植體學科負責人：_____

新申請

展延

茲填具「口腔植體學專科訓練機構」認定各項資料並檢附相關文件，請惠予以認定為荷

此致

中華民國口腔植體學會
專科醫師甄審委員會

申請機構代理申請人：_____ 簽章
(口腔植體學科負責人)

中華民國 年 月 日

中華民國口腔植體學會

辦理「口腔植體學專科醫師訓練機構(診所類)」

認定資料表

編號：_____

診所名稱：_____負責人：_____

地 址：_____ 訪查日期：____年____月____日

口腔植體學科負責醫師：_____

聯 絡 人：_____電話：_____ 傳真：_____

標示“*”者為必備之項目

由訪查委員填寫

甲、醫療人力（請詳見附表一，30%） 【 _____ 】

* 一、口腔植體學科醫師共_____人（至少2人，20%）（ _____ ）

(1)專任本學會專科醫師_____人（至少1人）

(2)專任本學會醫師_____人

(3)兼任本學會專科醫師_____人

註：1、專科醫師必須具備本學會專科醫師有效證書

2、本學會兼任專科醫師2人抵1人。

3、其他相關學會為：Os、Perio、Prosthod

* 二、輔助人員共 _____人(5%)（ _____ ）

(1)護理人員 _____人

(2)其他助理人員 _____人

三、教學師資(5%)（ _____ ）

專任醫師平均每週看診_____小時(至少12小時)

兼任專科醫師平均每週看診_____小時(至少3小時)

二、例行性學術活動(表三，15%) ()

□腔植體學術討論會平均每月 _____ 小時

□腔植體病例討論會平均每月 _____ 小時

***註：申請展延時，必須提供每年在口腔植體學會會員大會之論文報告或貼示海報等文宣單張或活動記錄備查。(每年至少兩篇)。**

三、非例行性學術活動(表四，10%) ()

一年舉辦口腔植體學繼續教育或學術討論會共有 _____ 次

***註：申請展延時，必須提供與口腔植體學會合作舉辦之繼續教育、學術討論會或專科醫師研習會等文宣單張或活動記錄備查。(每年至少一次)。**

丁、口腔植體病歷或相關資料管理與文獻發表(10%) 由訪查委員填寫 【 _____ 】

□專科病歷 □X 光建檔 □Powerpoint 檔 □其他： _____

***註：依資料保存之有無及內容完整性或管理完善與否評分;於申請展延時則必須提供發表於口腔植體學會出版或相關期刊之文章抽印本備查。(每年至少兩篇)。**

總得分： _____ (及格分數 70 分)

訪查委員 _____ 訪查日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

***附註：貳年間建議訓練內容(儘可能詳細列舉)。**

- 一、 _____
- 二、 _____
- 三、 _____
- 四、 _____
- 五、 _____

(表一)

口腔植體學科專任及兼任牙醫師名冊

姓 名		
職 稱		
專任或兼任		
任現職年月		
畢業學校、 年份、學位	國 內	
	國 外	
曾任口腔植體 學科醫師	年 份	
	期 間	
	地 點	

姓 名		
職 稱		
專任或兼任		
任現職年月		
畢業學校、 年份、學位	國 內	
	國 外	
曾任口腔植體 學科醫師	年 份	
	期 間	
	地 點	

姓 名		
職 稱		
專任或兼任		
任現職年月		
畢業學校、 年份、學位	國 內	
	國 外	
曾任口腔植體 學科醫師	年 份	
	期 間	
	地 點	

請備證件影本，以供查訪委員現場查驗。(請影印使用)

