中華民國口腔植體學會

研究員暨專科醫師甄審申請書

2024 修訂版

組別：□外科組 □贗復組 □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  電話(H)： | 址： |  | | 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8000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 　電話：02-27421533 傳真：02-27421966  【轉帳/匯款】中國信託城中分行 戶名：中華民國口腔植體學會 帳號：(822)10754-00611-98 帳號末五碼： |