

中華民國中西結合神經醫學會專科醫師甄審申請書

姓名	中文		性別	身分證字號															會員證號	
	英文		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	民國	年	月	日												
籍貫				電話	()										(最近一年內二吋正面脫帽半身照三張) (二張浮貼背書姓名)					
地址	通訊	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
	永久	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
中醫師證書：		台中字第			號	執業執照：		()	衛醫執字第										號	
電子信箱號碼																				
		醫院 (診所) 名稱	職稱	日期起迄年月												科別				
經歷					年	月	年	月												
					年	月	年	月												
					年	月	年	月												
現職					年	月	年	月												
					年	月	年	月												

繼續教育課程	課程名稱	日期起迄年月		檢附證明影本
		年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
年會及研討會	年會或研討會名稱	日期起迄年月		檢附證明影本
		年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		年 月	年 月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

綜合以上資料本人符合專科醫師甄審原則第 項 第 款，敬請惠予審核。 申請人： (簽章)

(以下由本會填寫)	審核結果		
證件： <input type="checkbox"/> 已齊全 <input type="checkbox"/> 未齊全	日 期：	年 月 日	
條件： <input type="checkbox"/> 已符合 <input type="checkbox"/> 未符合	專科醫師證書字號：		
審核者： 秘書長： 理事長：	簽 證 日 期：	年 月 日	

★醫師證書正本及影本各一份（正本驗畢發還）。