

台灣消化系內視鏡醫學會 ERCP 醫師認證申請表

編號：

姓名	中文：				中文 簽名	
	英文： (務必填寫)					
	身份證字號： (務必填寫)					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	民國	年	月	日生
通訊處	郵遞區號： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (務必填寫)				請正 貼面 另 二照 浮 吋片 貼 半一 一 身張 張 (共兩張照片)	
	縣	鄉市	村	路		
	市	鎮區	里	街		
	段	巷	弄	號	樓	
現職	服務單位： 地址： 電話：(公)_____分機_____ (宅)：_____					
e-mail：			行動電話：			
※消化系內視鏡醫學會專科證書字號：台消內鏡專科證字第_____號						
檢附	<input type="checkbox"/> 1.有效期限內之台灣消化系內視鏡醫學會專科醫師證書影本。 <input type="checkbox"/> 2.申請前一年內，執行治療性 ERCP 內視鏡 50 例以上之報告影本（需附照片）。 <input type="checkbox"/> 3.3 年內至少參加一次學會舉辦之 Advanced ERCP 講習課程精華版之參加證明影本。					
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合		<input type="checkbox"/> 不符合			
備註	收件日期： 年 月 日					

◎申請表中粗框內之審查結果等資料請勿填寫。

◎有疑問者請洽詢學會！

學會聯絡電話：(02)2371-0790

聯絡地址：台北市 100 忠孝西路一段 50 號 21 樓之 18