

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。 <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