

台灣消化系內視鏡醫學會入會申請表

編號：

姓名	中文：					簽章		
	英文：							
	身份證字號： (務必填寫)							
性別	男 女	出生地	省市	縣市	生日	民國 年 月 日生	請正 貼面 另 二照 浮 吋片 貼 半一 一 身張 張	
通訊處	中 文	□□□ 縣 市 路 段 巷 弄 號 樓之						
英文	市 區 街							
現職	服務單位：					職位		
學 歷	(主要)： 醫學院					e-mail		
	專科學校 民國 年 月 日畢業					電話	公： #	
	(其他)：					行動電話	宅： 傳真：	
專科醫師證書	1. <input type="checkbox"/> 消化系內科專科醫師證書字號：台消內專科證字第_____號。 消化系醫學會會員號碼：台消醫會證字第_____號。 2. <input type="checkbox"/> 消化系外科專科醫師證書字號：外消醫證字第_____號。 <input type="checkbox"/> 大腸直腸外科醫學會會員號碼：大直外醫會證字第_____號。 3. <input type="checkbox"/> 消化系兒科 <input type="checkbox"/> 小兒科專科醫師證書字號：兒專醫字_____號。 <input type="checkbox"/> 消化系醫學會會員號碼：台消醫會證字第_____號。 ※以上證書請附影本。							
消化系內視鏡專科訓練： 自_____年_____月至_____年_____月在_____醫院_____科訓練。 自_____年_____月至_____年_____月在_____醫院_____科訓練。 自_____年_____月至_____年_____月在_____醫院_____科訓練。 主要指導醫師：1. _____ (簽名蓋章) 2. _____ (簽名蓋章) 訓練內容：請檢附台灣消化系內視鏡醫學會專科醫師訓練資料表。								
介紹人	<input type="checkbox"/> 姓名： _____ (簽名蓋章)	備註					收件日期： 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 姓名： _____ (簽名蓋章)							
審查結果	_____ 年 _____ 月 _____ 日第 _____ 屆第 _____ 次理事會，(通過) (緩議) _____ 年 _____ 月 _____ 日第 _____ 屆第 _____ 次理事會，(通過) (緩議)							