台灣消化系內視鏡醫學會一〇七年度專科醫師甄審報名表

編號：

<table>
<tr><td rowspan="3">姓名</td><td colspan="3">中文：</td><td rowspan="3">中文簽名</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">英文：（務必填寫）</td></tr>
<tr><td colspan="3">身份證字號：（務必填寫）</td></tr>
<tr><td>性別</td><td>□男 □女</td><td>生日</td><td colspan="2">民國 年 月 日生</td><td rowspan="2">請正
貼面 另
二照 浮
吋片 貼
半一 二
身張 張
（共三張照片）</td></tr>
<tr><td>通訊處</td><td colspan="4">郵遞區號：□□□（務必填寫）
縣 鄉市 村 路
市 鎮區 里 街
段 巷 弄 號 樓</td></tr>
<tr><td rowspan="3">現職</td><td colspan="2">服務單位：</td><td>e-mail</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">地 址：</td><td>電 話</td><td>公：
分機#
宅：</td></tr>
<tr><td>行 動</td><td></td></tr>
</table>

※其他消化系類專科醫師證書字號：(請務必填寫)

消化系內科專科醫師證書字號：_____號

消化系外科專科醫師證書字號：_____號

兒科消化系次專科醫師證書字號：_____號

大腸直腸外科醫師證書字號：_____號

※消化系內視鏡醫學會會員證書字號：台消內鏡證字第_____號

審查結果	1.條件□已符合 2.筆試□已通過_____分 □不符合 □不通過_____分
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