

台灣消化系內視鏡醫學會 112 年度專科醫師甄審報名表

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	☐ 男 ☐ 女		生 日	民國 年 月 日生			
通 訊 處	郵遞區號： (務必填寫) 縣 鄉市 村 路 市 鎮區 里 街 段 巷 弄 號 樓					請正 貼面 另 二照 浮 吋片 貼 半一 二 身張 張 (共三張照片)	
現 職	服務單位：			e-mail			
	地 址：			電 話		公： 分機# 宅：	
				行 動			
※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