**台灣消化系內視鏡醫學會ERCP醫師認證申請表**

資深會員

 **編號：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 中文： | 中文簽名 |  |
| 英文： （務必填寫） |
| 身份證或居留證號： （務必填寫）  |
| 性別 | □男 □女 | 生日 | 西元 年 月 日生 |  請正  貼面 另 二照 浮 吋片 貼 半一 一 身張 張 (共兩張照片) |
| 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 |
| 現職 | 服務單位： | 職 位 |  |
| 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** | □**消化系內視鏡醫學會專科證書影本**。 |
| **審查****結果** | □符合 □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：台北巿100忠孝西路一段50號21樓之18