**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