

報名編號：

台灣消化系內視鏡醫學會
114 年度膽胰治療性內視鏡技術師甄審
申請表

請貼二吋半身
正面照片一張
另浮貼二張

(共三張照片)

中文姓名：_____ 性別：☐男 ☐女

英文姓名：_____ 身分證字號：_____ (務必填寫)

出生年月日：民國_____年_____月_____日

服務單位和部門：_____

服務單位地址：☐☐☐_____

通訊地址：☐☐☐_____

單位電話：_____轉_____

住家電話：_____

手機電話：_____

E-Mail：_____

※消化系內視鏡醫學會技術師證書字號：台消內鏡技字第_____號

※膽胰治療性內視鏡技術師甄審口試(實作)之電燒機廠牌，請選擇：

☐ Olympus

☐ ERBE

註：未勾選口試(實作)之電燒機廠牌者，由技術師甄審委員會決定之。所選擇口試(實作)之電燒機廠牌，回覆後不得變更。

本人_____ (請簽名) 已確實詳讀並了解台灣消化系內視鏡膽胰治療性內視鏡技術師甄審辦法等相關規定。

審查結果	☐ 通過 ☐ 不通過	收件日期	114 年 月 日
------	--	------	---------------------

◎申請表中粗框內之審查結果等資料，請勿填寫！

壹、服務經歷（消化系內視鏡機構）

	服務期間	服務機構	年 資
1			
2			

貳、目前服務單位（請附在職證明正本）

服務起始日	服務機構	年 資	內視鏡主任 簽章

參、輻射防護課程參加紀錄：（請附輻防課程證明影本）

	日 期	時 數	
1			
2			
3			

台灣消化系內視鏡醫學會

消化系內視鏡技術員工作證明

茲證明_____任職於_____（院所）消化系內視鏡室技術員一職，特此證明。

立證人簽章：_____
（消化系內視鏡醫學會專科醫師號碼：_____）

註：依據消化系內視鏡技術師甄審辦法規定---凡提供不實證件者，甄審委員會不予審核，除退還原件外，（該員）並永不得提出申請。

114 年度膽胰治療性內視鏡技術師甄審 備審資料清單

請利用表單勾選及自行檢查所附申請資料是否缺漏並符合規定，以免影響自身權益：

- ☐ 1. 申請表（共 3 頁）
→請以正楷填寫，並確認所有欄位皆填寫完整。
- ☐ 2. 具效期內「消化系內視鏡技術師」證書。
→請附有效期限內台灣消化系內視鏡技術師證書影本。
- ☐ 3. 近兩年內輻防課程證明（每年三小時）。
→請附 112 年 11 月 1 日至 114 年 12 月 31 日期間，每年參加輻防課程三小時之上課證明影本（請檢附 2 年度之證明），有效期間如下所列：
 - (1) 112 年 11 月 1 日至 112 年 12 月 31 日
 - (2) 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日
 - (3) 114 年 1 月 1 日至 114 年 10 月 31 日
 - (4) 114 年 11 月 1 日至 114 年 12 月 31 日（請於 10 月 31 日前出具輻防課程報名佐證，供委員會審查，並於課程結束後補件上課證明。若未補件，則視同不通過。）
- ☐ 4. 醫院評鑑合格地區醫院以上，內視鏡室連續服務滿兩年。
→請附 114 年 9 月 25 日至 114 年 10 月 31 日期間申請之在職證明正本。
- ☐ 5. 實際執行膽胰治療性內視鏡工作（近兩年執行 50 案例，經同醫院胃腸科／內視鏡主任簽章）。
→請附 112 年 11 月 1 日至 114 年 10 月 31 日期間執行之 50 個案例之病例清冊，並由同醫院胃腸科／內視鏡主任簽章。
- ☐ 6. 近兩年內參加台灣消化系內視鏡醫學會舉辦之膽胰治療性內視鏡技術師訓練課程（原 ERCP 進階技術師訓練課程）乙次。
→請附 112 年 11 月 1 日至 114 年 10 月 31 日期間之參加證明影本。

本人_____（請簽名）已確實填寫並備妥台灣消化系內視鏡醫學會
膽胰治療性內視鏡技術師甄審申請資料。