



台灣疼痛醫學會專科醫師報名表

*標記處均需填寫

*會員編號		*性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
*中文姓名		*英文姓名	
*出生年月日	年 月 日	*身份證字號	
*醫師證書 字號			
*其他專科醫師 證書與字號	1.	2.	3.
*戶籍地址			
*連絡地址			
連絡電話	*日：	夜：	*手機：
*電子信箱			
*現任服務醫院/ 科別			*職稱
*專科醫師 訓練資歷	訓練單位		起迄

☆ 專醫申請資格：

依台灣疼痛醫學會-疼痛專科醫師甄審原則辦法實施之

申請人簽名：_____ 蓋章：

中華民國 年 月 日



以下由台灣疼痛醫學會秘書處和專科醫師甄審委員會填寫，請勿填寫；擅自填寫者視同無效

秘書處 初審	甄審費	<input type="checkbox"/> 無繳交 <input type="checkbox"/> 有繳交
	滯繳年費	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 次，共 新台幣 元
	教育積分	年 月 至 年 月 止 累積教育積分共 分
	結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
筆試		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
口試		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
複審		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
專科甄審委員簽名		
備註		繳費方式 <input type="checkbox"/> 劃撥 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 匯票 款單編號： 繳費日期： 證書寄出日期：

- 註：1. 本資料表上所有資料均以正楷詳細填寫完整；英文姓名需與護照相同。
2. 連絡地址請填寫為寄送學會相關資料之地址。
3. 台灣疼痛醫學會專科醫師甄審(初試和複試)費用為**新台幣捌仟元整**，請於申請專科醫師甄審時一併繳納。
4. 請隨本申請表附上一年內之兩吋脫帽照片兩張、身份證正反面影本乙份、醫師證書影本乙份、其他專科醫師證書影本乙份；照片背面請寫上姓名。
5. 相關申請資料請連同本申請表以掛號方式郵寄至學會，初審未通過者不得參與筆試及口試，亦不得申請退費。