

中華民國心臟麻醉科專科醫師證書展延申請表（九十六年）

姓名：中文	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	會員編號：
英文	出生年月日： 年 月 日	貼 相 片 處
服務醫院：		
服務醫院地址： 電話：()		
通訊地址： 電話：()		
電子信箱：		身份證字號：
醫師證書字號：		頒發日期：民國 年 月 日
專科醫師證書字號：心麻專醫字第		號 頒發日期：民國 年 月 日
		效期截止日期：民國 年 月 日
最 近 五 年 院	醫 院 名 稱	起 迄 日 期
		年 月 至 年 月
		年 月 至 年 月
		年 月 至 年 月
		年 月 至 年 月
簽章：		填表日期： 年 月 日
是否繳清常年會費： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 需繳年份： 96 年共需繳： 3000 元 其它備註：		（此欄勿填） 92 年~96 年五年學分合計： _____ 分 甄審結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 <input type="checkbox"/> 補件再審 專科醫師甄審委員會簽章： 日期： 年 月 日

★心臟麻醉專科執照到期

辦理展延填表說明★

1. 申請表請填寫完整並以中文正楷填寫，勿潦草塗改。

2. 附繳下列證件、費用：

麻醉專科證書影本一份(縮印成 A4 大小)

最近三個月內半身二吋相片三張（一張自貼報名表）

展延甄審費用共「參仟元」整。請以 銀行轉帳ATM或 郵政劃撥 或 匯票方式繳交展延費用。

若以 **ATM** 方式轉帳者，請務必將你個人匯款之**(1)帳號、(2)姓名、(3)服務單位**影印後**傳真**至本學會 04-2205-2121 轉 3598，或將上述(1)(2)(3)之資料 **email** 至 **sofiea2007@yahoo.com.tw**，主旨請註明「申請專科醫師證書展延」

郵政劃撥帳戶：中華民國心臟麻醉醫學會

帳 號：420-100-151-548 中華民國心臟麻醉醫學會 吳世銓
華南台中分行(銀行代號 008)

3. 申請表及證件請以掛號寄至：

404 台中市 北區 育德路 2 號 麻醉部

中華民國心臟麻醉醫學會收，並註明「申請專科醫師證書展延」。

4. 學會聯絡電話：**04-22052121 ext 3562**

e-mail: **sofiea2007@yahoo.com.tw**

(請盡速寄回)