

中華民國心臟麻醉醫學會專科醫師\_\_\_\_年甄審申請表普通會員號碼:\_\_\_\_\_

姓名	中文:	性別	身分證字號		近三個月二吋 照片 二張  (一張實貼, 一張浮貼)			
	英文:	出生	年	月			日	籍貫
地址	郵件寄處:							
	服務醫院住址:							
	電子郵件:							
電話	(公)			(手機)				
學歷	大學	畢業年度	證書字號					
	研究所	畢業年度	證書字號					
	博士	畢業年度	證書字號					
現職	醫(學)院名稱:		職位:		(專任, 兼任)			
	醫(學)院名稱:		職位:		(專任, 兼任)			
	醫(學)院名稱:		職位:		(專任, 兼任)			
主專科		證書字號		取得日期				
次專科	已取得: <input type="checkbox"/> 心臟專科 <input type="checkbox"/> 胸腔暨重症專科 <input type="checkbox"/> 神經外科專科 <input type="checkbox"/> 麻醉專科 <input type="checkbox"/> 兒童急救加護 <input type="checkbox"/> 神經專科 <input type="checkbox"/> 急救加護專科 <input type="checkbox"/> 胸腔暨心臟血管外科專科							
	次專科證書 字號		取得日期		有效時間			
請列出您修得本會舉辦之課程及認同他會之課程:								
1					學分			
2					學分			
3					學分			
總學分共達	學分							
推薦專科會員								
姓名		專科會員編號		簽名				
姓名		專科會員編號		簽名				

甄審委員會意見欄(下列請勿填寫)

1. 證件: <input type="checkbox"/> 已齊全 <input type="checkbox"/> 未齊全 2. 條件: <input type="checkbox"/> 已符合 <input type="checkbox"/> 未符合 3. 筆試成績: <input type="checkbox"/> 及格 <input type="checkbox"/> 不及格 4. 口試成績: <input type="checkbox"/> 及格 <input type="checkbox"/> 不及格 5. 專科醫師甄審結果: <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	審核結果:(請甄審委員二人蓋章)	
	1.	2.
日期:            年            月            日		
通過心臟麻醉醫學會專科醫師, 登記字號:		