家庭牙醫科專科醫師甄審報名表

會員□無。　□有，會員編號：

姓　　名				請浮貼一張一年內二吋正面脫帽半身照
電　　話	(市內)	手機		
通 訊 地 址				
身分證字號		E-mail		
現職服務機構		畢業學校		
二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練(PGY)機構名稱： 受訓期間：　年　月　日 至　年　月　日		**家庭牙醫科專科醫師訓練機構名稱：** □全時 2 年　□非全時 3 年(請勾選) 受訓期間：　年　月　日 至　年　月　日		

其他證明文件：(有的話請勾選)

□參加受委託學會舉辦之家庭牙醫學大會，發表論文貼示之證明(接收函或感謝狀)

□投稿並獲刊登於家庭牙醫學雜誌、符合教學醫院評鑑認可之雜誌或國內外 SCI 雜誌（包括 SCIE）之第一作者或通訊作者(接受刊登證明與論文影本)。

以上所填寫項目及提供資料已確認無訛。如有記載不實，或經衛生福利部複審後有需補正、釋疑，如家庭牙醫科專訓期間，同時於其他專科受訓，進而損及自身權益或衍生相關法律責任，願自行承擔絕無異議

此　　致

社團法人中華民國家庭牙醫學會

申請人：　　(簽名蓋章)　　年　　月　　日

【附註】筆試報名費 4,000 元繳交資訊：

轉帳帳號與戶名：請來電向學會索取

轉帳日期：　　年　　月　　日　　銀行&帳號後五碼：

會址：10455 台北市中山區長安東路二段 81 號 12 樓之 3

電話：(02)2508-3022 傳真：(02)2508-1226　E-mail：hsiaoting1128@gmail.com

委員審核欄：

【　】初審筆試資格通過

【　】初審筆試資格不通過，原因：

資格審查組組長簽名：　　**日期：**

家庭牙醫科申請專科醫師甄審文件檢核表

項次	文件		醫師自評 (符合請打 v)	學會審查 (符合請打 v)	本會辦理或審核依據
1	家庭牙醫科專科醫師甄審報名表				家庭牙醫科專科醫師甄審原則第七條
2	個人脫帽半身照片一張(黏貼於報名表上)				家庭牙醫科專科醫師甄審原則第七條
3	牙醫師證書影印本				家庭牙醫科專科醫師甄審原則第七條
4	專科醫師訓練機構完訓證明	全時 2 年			家庭牙醫科專科醫師甄審原則第二條
		非全時 3 年：**請接續備妥第 5 項資料**			
5	專科訓練期間**報備支援**於訓練機構**家庭牙醫科**證明(非全時至少每周 3 個診)				1.醫師法第 8 條之 2 2.家庭牙醫科專科醫師訓練課程基準
6	甄審費 4,000 元整				家庭牙醫科專科醫師甄審原則第七條
7	專訓期間執業登記於訓練機構證明				醫師法第 8 條
8	PGY 完訓證明 (訓練期間不得與專科醫師訓練期間時間重疊)				牙醫專科醫師分科及甄審辦法第 3 條
9	訓練期間之病患治療清單				家庭牙醫科專科醫師甄審原則第七條
10	其他有關之證明文件：				家庭牙醫科專科醫師甄審原則第七條

***申請專科醫師甄審，醫師請於申請時併檢附本審核表(須完整簽名)，並依序檢附各項參考文件供核。**

申請醫師簽名：　　日期：

學會審核簽名：　　日期：