

115 年度家庭牙醫科專科醫師甄審口試申請書

請填妥申請資料及兩份報告類型，並依所選報告填寫後附資料。書面資料與繳費資訊請依本表末頁規定辦理。

一、申請人資料

申請人姓名（正楷）		身分證字號	
聯絡電話		電子郵件（必填）	
通訊地址			
家庭牙醫科受訓機構		筆試通過年度	民國 年度

二、繳交報告類型

請就兩份報告分別填寫並勾選。病例報告須另填第二頁；研究論文（計畫）報告須另填第三頁。若提交兩份同類報告，請複製相應頁面分別填寫。

報告編號	報告類型(請勾選)	題目
編號 1	☐ 全口跨科治療病例 ☐ 研究論文（計畫）	
編號 2	☐ 全口跨科治療病例 ☐ 研究論文（計畫）	

全口跨科治療病例須由申請人親自完成至少三個牙科專科領域之治療，且完成治療後追蹤至少一年。研究主題限預防牙醫學或牙科公共衛生學，並須檢附成果報告書。

三、繳件確認

紙本資料：(申請書+簡報資料裝訂，共 6 份)

☐兩個報告之書面審查資料各 3 份

☐每份簡報都請裝訂一份本申請書

口試報告及申請書電子檔：

☐隨身碟 1 式

☐已寄送至學會電子郵件信箱

下表涉及病人資料者，請適當遮蔽可辨識資訊。報告封面應標示「編號 1」或「編號 2」。

全口跨科治療病例資料表

每一病例報告填寫一頁；提交兩份病例報告者，請複製本頁並分別標示編號。

申請人姓名：_____ 報告編號：☐ 1 ☐ 2

病例題目：_____

病例姓名代碼（例：王○美）：_____

治療牙位或處置位置：_____

開始治療日期：_____年____月____日 完成治療日期：_____年____月____日

最後追蹤日期：_____年____月____日 完成治療後追蹤期間：_____年____月

參與治療之專科與佐證資料

請勾選實際涉及之領域及執行方式，並列出所附資料。**親自完成之專科領域須至少三項。**

專科領域與執行方式	建議列明或檢附之佐證資料
☐ 牙體復形（OD） ☐ 親自完成 ☐ 協同治療	治療前後臨床照片、X 光片、模型或其他與處置相關資料。
☐ 牙髓病（ENDO） ☐ 親自完成 ☐ 協同治療	治療前、中、後及追蹤 X 光片，以及使用橡皮障之佐證資料。
☐ 贗復補綴（PROSTHO） ☐ 親自完成 ☐ 協同治療	治療前後及追蹤 X 光片、臨床照片、治療步驟與模型影像紀錄。
☐ 牙周病（PERIO） ☐ 親自完成 ☐ 協同治療	治療前後及追蹤 X 光片、臨床照片、牙周檢查表及治療步驟。
☐ 口腔病理（黏膜病變） ☐ 親自完成 ☐ 協同治療	完整病歷及相關佐證，例如臨床照片、檢驗數據及 X 光等影像。
☐ 其他：_____ ☐ 親自完成 ☐ 協同治療	檢附資料： _____

涉及其他醫師或專科協同治療者，請於報告中清楚標明治療分工；各領域之佐證資料請依實際治療內容備妥。

跨科治療病例摘要

申請人姓名：_____ 報告編號：☐ 1 ☐ 2

病例摘要（500 字以內）

請概述主訴、診斷、治療計畫、本人處置、跨科協同及追蹤結果。

研究論文（計畫）資料表

每一研究報告填寫一頁；提交兩份研究報告者，請複製本頁並分別標示編號。

申請人姓名：_____ 報告編號：☐ 1 ☐ 2

研究題目：_____

研究領域：☐預防牙醫學 ☐牙科公共衛生學

研究資料

項目	填寫內容
研究主旨與背景	
研究方法及步驟（含實驗或統計方法）	
預期成果與實際應用	
相關參考文獻	
已產出成果及發表情形	☐ 尚未發表 ☐ 已發表／接受刊登 期刊或成果名稱：_____ 刊登或接受日期：_____

☐已檢附成果報告書

☐已檢附期刊論文或其他研究成果（如有）

申請注意事項與簽署

一、送審與報名

書面審查資料須提交兩份報告，每份各 3 份；另繳交本申請書(每份簡報都請裝訂一份本申請書)。口試報告及申請書之電子檔可存入隨身碟 1 式，或寄至學會信箱

hsiaoting1128@gmail.com。

報名一律採郵寄方式。請於規定期限內以掛號寄出，並以郵戳日期為憑。表格欄位不敷使用時，請自行增列或附頁。

二、口試資格審查暨報名費

費用	新臺幣 8,000 元
匯款銀行	合作金庫銀行城東分行（銀行代碼 006）
匯款帳號	0600871860367
戶名	社團法人中華民國家庭牙醫學會

匯款時請註明「口試資格審查暨報名」，及來電告知學會繳費帳號後 5 碼，以利對帳。

三、資料確認與退件

*申請人應自行確認所繳資料符合規定。秘書處收件後將確認下列閱讀同意欄及簽名；未勾選或未完成申請人及家庭牙醫科訓練機構負責人簽名者，將予退件。

*若未能於報名截止前完成修正與補件，視為未完成報名手續，不得參加本年度口試；已繳報名費不予退還。

☐ 我已詳閱並同意本頁注意事項與收件資料說明，並確認申請資料符合規定。

申請人簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

家庭牙醫科訓練機構負責人簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

四、甄審會審核欄（由學會填寫）

書面審查委員簽章：_____ 日期：_____年_____月_____日

甄審委員會主任委員簽章：_____ 日期：_____年_____月_____日