

中華民國植牙醫學會 (公告)

地址：台北市大安區仁愛路三段5巷1弄15號6F

聯絡人：吳雅茜

聯絡電話：(02) 2739-6106

傳真電話：(02) 2778-1772



受文者：本會專科醫師

發文日期：中華民國110年3月1日

發文字號：中華植牙憲字第1100301號

附件：參選登記表

主旨：公告「本會專科醫師甄審委員」參選辦法(如說明)，請查照。

說明：一、依據：本會專科醫師甄審辦法。

二、本會專科醫師甄審委員，110年4月24日假『福華文教會館卓越堂』辦理改選事宜。

三、改選項目：

項	目	正	取
專科醫師甄審委員		十一名(含理事長為當然委員)	

四、資格限制：須具本會之專科醫師資格三年以上或於國內外相關科系擔任講師以上滿五年或任主治醫師滿五年以上，並為本會之專科醫師。

五、參選登記辦法：有意參選之專科醫師，請填妥參選登記表寄達或傳真至本會。(地址：台北市大安區仁愛路三段5巷1弄15號6F。)

六、參選登記截止日期：

(一) 郵寄截止日期：110年3月21日(含)止(郵戳為憑)。

(二) 傳真截止日期：110年3月21日(含)止。

請務必來電確認登記完成，聯絡電話：02-2739-6106。傳真：02-2778-1772

註：若非本會上班時間傳真，請於上班時段(10~17時)來電確認。

七、經登記後名單將送專科醫師甄審委員會進行資格審查。

八、檢附參選登記表一份。

理事長

黃炳憲



中華民國植牙醫學會

第十三屆專科醫師甄審委員參選登記表

姓名	簽印	(簽名或蓋章為有效)
職業地點 名稱		
聯絡電話	傳真	
M a i l	手機號碼	
聯絡地址		
學 經 歷		
政 見 發 表		

日期: 110 年 3 月 日