

中華民國植牙醫學會

# 專科醫師訓練機構認定申請書

申請機構：

|  |  |
| --- | --- |
|  | 訓練機構名稱： |
|  | 地址：□□□□□(請填郵遞區號) |
|  | 電話： 傳真： |
|  | 訓練機構醫師(詳細名單請填妥於下頁附表)(1)專任專科醫師 人(2)兼任專科醫師 人＊申請單位須有二位專任、或一位專任和兩位兼任之中華民國植牙學會專科訓練醫師。 |
|  | 植牙專科醫師訓練計畫負責人： |

茲填具貴會「專科醫師訓練機構」申請表之各項資料並檢附相關文件，請惠予以評鑑為荷

　　　　　此致

　　　中華民國植牙醫學會

　　　專科醫師甄審委員會

專科主任： 簽章

植牙專科醫師訓練計畫負責人： 簽章

訓練機構負責人： 簽章

填表日期：中華民國　 　年　 　月　 　日



中華民國植牙醫學會

# 專科醫師訓練機構認定師資資料表

申請機構： 填表日期： 年　　月 　日

|  |
| --- |
| 教學師資名單 |
|  | * 醫師姓名: ※身分證字號:
* 會員編號: ※專科醫師證號:
* 資歷:

□專任醫師(自 年起到職，任職 年。) □兼任醫師(自 年起到職，任職 年，且總診次每周至少需5診以上。) |
|  | * 醫師姓名: ※身分證字號:
* 會員編號: ※專科醫師證號:
* 資歷:

□專任醫師(自 年起到職，任職 年。) □兼任醫師(自 年起到職，任職 年，且總診次每周至少需5診以上。) |
|  | * 醫師姓名: ※身分證字號:
* 會員編號: ※專科醫師證號:
* 資歷:

□專任醫師(自 年起到職，任職 年。) □兼任醫師(自 年起到職，任職 年，且總診次每周至少需5診以上。) |
|  | * 醫師姓名: ※身分證字號:
* 會員編號: ※專科醫師證號:
* 資歷:

□專任醫師(自 年起到職，任職 年。) □兼任醫師(自 年起到職，任職 年，且總診次每周至少需5診以上。) |
|  | * 醫師姓名: ※身分證字號:
* 會員編號: ※專科醫師證號:
* 資歷:

□專任醫師(自 年起到職，任職 年。) □兼任醫師(自 年起到職，任職 年，且總診次每周至少需5診以上。) |

* **教學師資之基本要求：**須為本會所認定之植牙專科醫師，且同時具備下列資歷之一：

1.在本會認可之訓練機構擔任專任主治醫師一年以上者。

2.本會專科醫師二年以上資歷，且專科醫師三年內曾以第一作者身份，於本會認定之雜誌或場合發表有關牙科植體文章、演講、桌面示範，共三次以上者。