

社團法人台灣臨床腫瘤醫學會專科甄審委員會-訓練指導醫師申請表

申請日期： 年 月 日

申請人		會員編號	
身分證字號		出生年月日	
專證編號	台臨腫專醫證字第 號	證書起迄日	
服務醫院		服務單位	
現任職稱	※需檢附在職證明	E-mail	
通訊地址	□□□□□□		
聯絡電話	(O) (H)	手機	
部定主專科醫師證書號	※需附相關證明		
資格條件說明：申請訓練指導醫師需為腫瘤治療相關專科主治醫師且須符合以下任一條件 ※需附腫瘤治療相關專科醫師證明			
<input type="checkbox"/> 具部定講師資格(含)以上 <input type="checkbox"/> 是，證書字號： ，取得日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 否			
※需檢附證明			
<input type="checkbox"/> 取得從事教學工作五年以上，表格不敷書寫請以附件說明 ※均需附相關證明文件			
服務醫院/單位	職稱	起迄年月日	
<input type="checkbox"/> 主任級(含)以上的職位之經歷 ※均需附相關證明文件			
服務醫院/單位	職稱	起迄年月日	

申請時應檢附之文件 Check List：(請務必核對檢附文件)

- ☐ 「訓練指導醫師申請表」申請書
- ☐ 服務單位在職證明正本
- ☐ 衛福部認可之部定主專科醫師證書影本
- ☐ 腫瘤治療相關專科醫師證書影本
- ☐ 部定講師資格證書影本
- ☐ 從事教學工作五年以上證明文件
- ☐ 主任級(含)以上職位之經歷證明文件

申請資料請依 Check List 依序編排寄至：

104102 台北市中山區長安東路二段 169 之 12 號 5 樓社團法人台灣臨床腫瘤醫學會收

審查結果：**(以下申請人請勿填寫)**

☐ 通過 ☐ 不通過

委員意見：

委員簽章：

最近一年內二吋正
面脫帽半身
相片一張

經本會專科甄審委員會審核通過，於 年 月 日核定

1130510 版本